Nr. 10 5. marca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Teofil Zalewski. Lwów.

O uszkodzeniach postrzałowych narządu słuchowego.

W etjologji zmian chorobowych narządu słuchowego odgrywa uraz niewątpliwie wybitniejszą rolę, niż w etjologji schorzeń innych narządów. Do tego przyczynia się z jednej strony jego budowa anatomiczna, z drugiej zaś strony wikłające się coraz więcej warunki życia, szczególnie w większych miastach, wywierają wpływ ujemy na narząd słuchowy, wspomnę tylko o urazie, jakiemu podlega ustawicznie narząd słuchowy robotnika w wielkich fabrykach żelaznych wskutek panującego tam hałasu.

Toteż uszkodzenia narządu słuchowego budziły zawsze u otjatrów szczególniejsze zainteresowanie. Cały szereg prac klinicznych i doświadczalnych stara się wyjaśnić zmiany chorobowe, jakie wskutek urazu powstają, i wskazać środki, za pomocą których możnaby narząd słuchowy od urazu uchronić lub też skutki urazu złagodzić.

Szczególniejsze zainteresowanie budziły przypadki uszkodzeń pośrednich, ściślej mówiąc, zmiany powstałe wskutek podwyższenia ciśnienia w przewodzie zewnętrznym i wskutek zadziałania dźwięku, a więc swoistej podniety dla narządu słuchowego. W czasach przedwojennych starano się wyzyskać każdy wypadek silniejszych eksplozyj, cały szereg spostrzeżeń wyjaśnił nam nie jedną zawiłą kwestję. Na czem polega szkodliwe działanie silnego lub też długo trwającego dźwięku, wyjaśniły nam do pewnego stopnia badania doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne.

I przed wojną wiedziano, że strzał dany tuż nad uchem może wywołać krócej lub dłużej trwające upośledzenie słuchu, a nawet pęknięcie błony bębenkowej, że u artylerzystów przy dłuższem strzelaniu występują pewne zmiany na błonie bębenkowej i w błędniku; wiedziano też, że wystrzał armatni może spowodować pęknięcie bębenka.

Podczas wojny mamy do czynienia z obydwoma rodzajami uszkodzeń narządu słuchowego, bezpośrednie jednak uszkodzenia mamy możność stosunkowo rzadko badać, jednocześnie bowiem z obrażeniem organu słuchu zachodzą w wielu przypadkach obrażenia sąsiednich ważnych części, mózgu i naczyń krwionośnych, tak, że śmierć następuje natychmiast lub wkrótce po zranieniu; tylko stosunkowo nieznaczna ilość bezpośrednich obrażeń narządu słuchowego dostaje się w ręce lekarza. Natomiast uszkodzenia narządu słuchowego, powstałe wskutek zadziałania nadmiernie podwyższonego ciśnienia i nadmiernie silnego dźwięku, stanowią wśród innych uszkodzeń na punktach opatrunkowych i w szpitalach stosunkowo dość duży odsetek. Nie ulega wątpliwości, że bardzo znaczny odsetek z nieznacznemi i przemijającemi uszkodzeniami nie zgłasza się do lekarza; dlatego też określić stosunek uszkodzeń narządu słuchowego do obrażeń innych części ciała jest rzeczą trudną.

Sprawozdania z wojen poprzednich zawierają tylko nieliczne wzmianki o uszkodzeniach narządu słuchowego; w obecnej wojnie, uszkodzenia te są częstym tematem rozpraw naukowych, do czego przyczyniły się niewątpliwie lepsze urządzenia i lepsza pomoc sanitarna w wojsku, jakoteż lepsze wykształcenie lekarzy, ogólne i specjalne.

Badania, jakie przeprowadzono w tej wojnie nad uszkodzeniami narządu słuchowego, mają jednak liczne braki, jako skutek niekorzystnych warunków, w jakich badania takie podczas wojny muszą się odbywać. Główną trudnością, jaka nastręczała się przy tych badaniach, stanowiła niemożność dłuższego spostrzegania przypadku przez jednego i tegosamego lekarza. Często chorzy dostają się w rękę odpowiedniego lekarza zbyt późno, kiedy objawy częściowo lub w całości znikły lub też wystąpiły zmiany wtórne, które zmieniły pierwotny charakter. Z tego też powodu bardzo często trudno w wielu przypadkach orzec, czy dolegliwości podane i objawy stwierdzone są następstwem uszkodzenia, czy też mają jaką inną, dawniej istniejącą przyczynę.

Brak nam szczególnie spostrzeżeń, dotyczących przypadków uszkodzeń w okresie bezpośrednim po urazie, w bezpośredniej bowiem bliskości linji bojowej nie było ani odpowiednich warunków do badań ani odpowiednio wykształconych lekarzy. Podczas oblężenia Lwowa przez rusinów i w czasie następnych walk w bezpośredniej blizkości miasta miałem sposobność spostrzegać szereg przypadków uszkodzeń narządu słuchowego, przypadki te przychodziły do badania przeważnie bezpośrednio po uszkodzeniu lub najwyżej w parę dni, nieznaczną tylko ilość stanowiły przypadki dawniejsze, a dzięki warunkom zewnętrznym mogłem przypadki spostrzegać w szpitalu dłuższy czas. Z tego powodu przypisuję spostrzeżeniom moim pewną wartość.

Ogółem spostrzegałem 66 przypadków, w których stwierdzono w narządzie słuchowym zmiany będące następstwem uszkodzenia tegoż. Podział na obrażenia bezpośrednie i pośrednie uważam za nieodpowiedni, każde bowiem uszkodzenie jest właściwie uszkodzeniem bezpośredniem, przyczyna bowiem musi zadziałać bezpośrednio na tkankę, by naruszyć spoistość jej, a rzeczą jest drugorzędną, czy tą przyczyną jest kula, czy nadmierne ciśnienie w przewodzie zewnętrznym czy nadmiernie silny dźwięk, czy wreszcie wstrząśnienie lub pęknięcie podstawy czaszki wskutek postrzału w głowę. Przez pocisk może nastąpić uszkodzenie wszystkich części narządu słuchu, nadmierne podwyższenie ciśnienia w przewodzie zewnętrznym może wywołać zmiany na błonie bębenkowej, w uchu środkowem i w uchu wewnętrznem; jako przyczynę zmian w błędniku przyjąć też musimy zadziałanie silnego dźwięku, jaki powstaje po wystrzale lub wybuchu.

Podział na bezpośrednie i pośrednie uszkodzenia jest jeszcze i dlatego nieracjonalny, że jednocześnie z t. zw. bezpośredniem uszkodzeniem jednej części narządu słuchowego może mieć miejsce pośrednie uszkodzenie innej części tegoż.

Na 66 przypadków spostrzeganych przezemnie w 5 przypadkach uszkodzona była muszla uszna, w sześciu przypadkach okazywał uszkodzenie przewód uszny, wyrostek sutkowy uszkodzony był w dwóch przypadkach, zmiany na błonie bębenkowej stwierdzono w 14 przypadkach, w jamie bębenkowej w 15 przypadkach, ucho wewnętrzne okazywało zmiany w 55 przypadkach; oprócz tego w jednym przypadku miało miejsce uszkodzenie przez pocisk błędnika, jamy bębenkowej i płatu skroniowego mózgu. Z tego wynika, że zmiany w uchu wewnętrznem przy postrzałowych obrażeniach narządu słuchowego są niejako typowemi zmianami i zmiany spostrzegane w innych częściach narządu słuchowego stanowią znacznie mniejszy odsetek.

Obrażenia muszli usznej we wszystkich pięciu przypadkach powstały wskutek zranienia kulą karabinową. Tylko w jednym przypadku, poza obrażeniem muszli usznej, nie stwierdzono zmian w innych częściach narządu słuchowego; w dwóch przypadkach stwierdzono zmiany w uchu wewnętrznem, przyczem w jednym przypadku stwierdzono zmiany nietylko po stronie obrażenia, lecz i po stronie przeciwnej; w jednym przypadku rozwinęło się bezpośrednio po zranieniu ostre ropienie ucha środkowego, w piątym zaś przypadku, w którym był uszkodzony wyrostek sutkowy, ropienie w uchu środkowem przybrało charakter przewlekły i wygoiło się ze stałem przedziurawieniem błony bębenkowej. Zranienie dotyczyło w trzech przypadkach strony lewej, w dwóch przypadkach strony prawej. We wszystkich przypadkach wygojenie nastąpiło bez powikłań i bez zniekształcenia.

Co do obrażeń zewnętrznego przewodu usznego, to w jednym przypadku przy poprzecznym postrzale przewodu

usznego w narządzie słuchowym, prócz nieznacznych zmian w uchu wewnętrznem, nie stwierdzono zresztą żadnego silniejszego obrażenia: w przypadku tym wskutek postrzału zniszczone zostało oko i uszkodzone zostały boczne kości głowy; przypadek skończył się wyleczeniem.

Pięć innych przypadków musimy zaliczyć do ciężkich obrażeń narządu słuchowego, z tych w czterech przypadkach mamy do czynienia ze znaczniejszem obrażeniem narządu słuchowego na znaczniejszej przestrzeni, tak, że obrażenie zewnętrznego przewodu usznego ma w tych przypadkach mniejsze znaczenie. W czterech przypadkach, jakkolwiek ucho wewnętrzne nie było bezpośrednio przez pocisk uszkodzone, stwierdzono zmiany w uchu wewnętrznem, z powodu jednak zmian następowych w uchu środkowem nie można orzec, czy zmiany te są pierwotne, powstałe wskutek postrzału, czy też następowe, wskutek ropienia w uchu środkowem. W dwóch przypadkach miało miejsce ciężkie uszkodzenie jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego.

Jeden przypadek, wstrzał dwa palce poniżej zewnętrznego kąta oka prawego, wystrzał w linji środkowej na karku na wysokości 5 kręgu szyjnego, w chwili przybycia do szpitala nie okazywał z wyjątkiem podwyższenia ciepłoty żadnych objawów ropienia, pomimo to wykonano wydłutowanie wyrostka sutkowego przy operacji usunięto liczne odłamki z wyrostka sutkowego i przewodu usznego; cały wyrostek i jama bębenkowa wypełniona była krwią, błona bębenkowa była porwana w strzępy. Pomimo operacji ciepłota nie opadła; w dnia dni po operacji wystąpiło ropne zapalenie stawu kolanowego i barkowego prawego i stawu nadgarstkowego lewego, a dnia trzeciego wystąpiły objawy zapalenie opon mózgowych. Ósmego dnia po operacji nastąpiła śmierć. W drugim przypadku wykonano operację doszczętną; w przypadku tym istniało w chwili przybycia do szpitala obfite ropienie z ran i z ucha; wstrzał przez kość jarzmową, wystrzał za wyrostkiem sutkowym. Uszkodzenie kości okazało się bardzo znaczne, oprócz odłamków z wyrostka sutkowego i przewodu usznego usunięto prawie w całości kość, oddzielającą ucho środkowe od jamy czaszkowej, kość ta bowiem okazała się zgruchotaną na znacznej przestrzeni. Przebieg gojenia był prawidłowy, lecz powolny, zupełne wygojenie nastąpiło przez zarośnięcie jamy pooperacyjnej w sześć miesięsy po operacji; słuch dla szeptu zero. W trzy miesiące po wygojeniu przybył powtórnie do szpitala z ropieniem z ucha i z przetoką na wyrostku sutkowym a badanie wykazało próchnienie kości w górnej części jamy pooperacyjnej Wykonano powtórnie operację, usunięto próchniejącą kość, przyczem odsłonięto na znacznej przestrzeni opony twarde; po operacji wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i chory zmarł ósmego dnia po operacji.

Dwa inne przypadki skończyły się wyzdrowieniem.

W jednym przypadku wskutek postrzału powstał znaczny ubytek wyrostka sutkowego i tylnej ściany zewnętrznego przewodu usznego w części kostnej, ponadto była przestrzelona małżowina uszna; w parę dni po przybyciu do szpitala wystąpiło ropienie ucha środkowego, jakoteż ropienie w samej ranie. Wygojenie nastąpiło bez operacji z dość dużym otworem w błonie bębenkowej. Słuch dla szeptu dwa metry.

W przypadku drugim, który skończył się wygojeniem, był przestrzał przewodu usznego zewnętrznego z przodu ku tyłowi, przyczem wystrzał był na wyrostku sutkowym, wstrzał z przodu przed uchem. W chwili przybycia do szpitala istniało już obfite ropienie z ucha, a z powodu zwężenia przewodu usznego i obecności obfitej ziarniny krwawiącej w przewodzie głębszych części za pomocą wziernika dojrzeć nie było można. Rana wstrzałowa i wystrzałowa w krótkim czasie bez reakcji się wygoiła. Pomimo leczenia ropienie z ucha środkowego nie zmniejszało się, wystąpiły objawy ze strony wyrostka sutkowego z wysoką gorączką. Wykonano operację doszczętną. Początkowo ciepłota opadła, wkrótce jednak, pojawiły się dreszcze i znaczne podwyższenie ciepłoty, ciepłota w krótkim czasie przybrała charakter pyemiczny. Wykonano powtórną operację; p dwiązano żyłę szyjną wewnętrzną, odsłonięto i otwarto zatokę poprzeczną, w zatoce poprzecznej skrzepu nie stwierdzono. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, ciepłota wkrótce opadła do stanu prawidłowego. Cała jama pooperacyjna wypełniła się ziarniną i zarosła. Słuch dla szeptu zero

Przypadek piąty przybył do szpitala w miesiąc po zranieniu: wstrzał z tyłu na kości potylicowej prawej, wystrzał na kości ciemieniowej po tej samej stronie, obydwie rany zagojone Chory okazywał zupełną głuchotę na uchu prawem i zaburzenia równowagi, chodzenie jednak bez pomocy było możliwe. Przewód uszny prawy okazywał w części kostnej bardzo silne bliznowate zwężenie, z przewodu usznego wyciekała ropa. Prawy nerw twarzowy był w całości porażony Początkowo chory nie skarżył się na żadne dolegliwości z wyjątkiem zawrotów głowy Po trzech tygodniach wystąpiły bóle głowy i z tego powodu zdecydowano się na zabieg operacyjny. Cięciem, jak do operacji doszczętnej, oddzielono muszlę uszną i oddłótowano trochę kości z tylnej ściany przewodu usznego; badanie wykazało w jamie bębenkowej obecność istoty mózgowej i ropy i stwierdziło szeroką komunikację jamy bębenkowej z jamą czaszkową; z jamy bębenkowej wydobyto liczne odłamki kości. Chory na drugi dzień wśród objawów zapalenia opon mózgowych zmarł.

Sekcja wykazała: w kościach czaszkowych ubytek odpowiednio do wstrzału i wystrzału i oderwanie górnego kantu piramidy, odłamek ten piramidy tkwił głęboko w płacie skroniowym prawym mózgu, strop jamy bębenkowej był zniszczony. W ten sposób, można powiedzieć, zostało całe ucho wewnętrzne oderwane. Na podstawie i na sklepieniu mózgu rozlane ropne zapalenie opon mózgowych i bardzo silne ropienie w ranie płatu skroniowego prawego.

Przypadek ten jest z tego powodu interesujący, że ropa z rany mózgowej wskutek komunikacji z jamą bębenkową opróżniała się na zewnątrz przez przewód uszny; temu trzeba przypisać, że zapalenie opon mózgowych wystąpiło tak późno.

Zmiany, spostrzegane w reszcie przypadków, wywołane są przez nadmierne podwyższenie ciśnienia w przewodzie zewnętrznym, przez zadziałanie silnego dźwięku lub wskutek wstrząsu organu słuchu przy postrzałach czaszki.

W przypadkach ze zmianami na błonie bębenkowej istniały prócz tego zmiany bądź w uchu wewnętrznem, bądź w uchu środkowem, na 14 przypadków tylko w trzech zmiany ograniczały się do samej błony bębenkowej. W pięciu przypadkach spostrzegano mniej lub więcej rozwinięte zapalenie pod postacią ostrego zapalenia błony bębenkowej, przyczem w jednym przypadku było prócz tego na bębenku wynaczynienie. Zmiany te na bębenku mają tylko znaczenie drugorzędne, we wszystkich bowiem przypadkach stwierdzono wybitne zmiany w uchu wewnętrznem tak, że głównem następstwem obrażenia były jedno lub obustronne zmiany w uchu wewnętrznem, którym towarzyszyły wyżej wspomniane zmiany bębenka, przyczem przy zmianach obustronnych w błędniku błona bębenkowa może okazywać zmiany tylko po jednej stronie. Można było zauważyć, że zmianom silniejszym na bębenku odpowiadają też znaczniejsze zmiany w błędniku, przy obustronnych zaś zmianach w błędniku ten błędnik okazywał mniejsze zmiany, po której stronie bębenek zmian nie okazywał lub zmiany były mniejsze.

W dziewięciu przypadkach stwierdzono pęknięcie błony bębenkowej, przyczem w czterech przypadkach miało miejsce obustronne pęknięcie; w pięciu przypadkach z jednostronnem pęknięciem, w dwóch przypadkach istniały zmiany wskazujące na przebyte przewlekłe ropienie ucha środkowego po drugiej stronie. Właściwa błona bębenkowa (*pars tensa*) okazywała pęknięcie dwanaście razy, błona Shrapnella jeden raz. Jeżeli uwzględnimy tylko właściwą część błony bębenkowej, to pęknięcie dotyczyły sześć razy strony prawej i sześć razy strony lewej. Pęknięcie w błonie Shrapnella dotyczyło strony prawej, po stronie lewej w przypadku tym miało miejsce pęknięcie w *pars tensa*.

Wobec tego, że pęknięcie w części wiotkiej (*pars flaccida*), jak to wykazały dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne i moje badania doświadczalne [1]), są rzeczą rzadką, możnaby sądzić, że może w tym przypadku otwór w błonie Shrapnella nie jest pochodzenia urazowego, lecz powstał z innego powodu; zastrzeżenie takie tembardziej jest na miejscu, że przy pęknięciu w błonie Shrapnella niema takich charakterystycznych zmian, jak przy pęknięciu właściwej błony bębenkowej. W przypadku tym przyjąłem urazowe pęknięcie górnej części błony bębenkowej na podstawie przebiegu gojenia: otwór powoli, lecz bez jakichkolwiek powikłań, zarastał, błona bębenkowa też nie okazywała żadnych zmian, któreby wskazywały na przebyte dawniej ropienie.

Ilość urazowych pęknięć błony bębenkowej jest niewątpliwie większa, nie ulega wątpliwości, iż w przeważnej ilości przypadków, w których po urazie stwierdzono ropne zapalenie ucha środkowego, zapalenie to jest następstwem urazowego pęknięcia błony bębenkowej; przypadki te w chwili badania nie okazywały zmian charakterystycznych dla pęknięć urazowych, stawianie zaś rozpoznania mniej lub więcej prawdopodobnego li tylko na podstawie wywiadów, uważam za nieodpowiednie. Tylko w dwóch przypadkach, pomimo istnienia ropienia w uchu środkowem, można było bez wahania rozpoznać pęknięcie urazowe. Co do zmian jednoczesnych

[1]) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde T. 52.

w innych częściach narządu słuchowego, to, prócz ropienia w uchu środkowem w dwóch wyżej wspomnianych przypadkach, pięć przypadków okazywało zmiany w uchu wewnętrznem. Co do umiejscowienia pęknięcia, to spostrzegano pęknięcie we wszystkich częściach błony bębenkowej, najczęściej jednak w dolnej przedniej części. Ilość przypadków jest zbyt mała, by można było wyciągać ogólne wnioski co do przebiegu i trwania procesu gojenia, muszę jednak podnieść, iż na ogół mam wrażenia, że proces gojenia postępuje bardzo powoli i że do zupełnego zarośnięcia potrzeba znacznie dłuższego czasu, niż zwykliśmy przyjmować. (Dok. nast.)

Dr. Jan Ruszkowski. Warszawa.

O leczeniu ręcznem stożka rogówki.

Z kliniki ocznej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Rzecz odczytana 17. XII. 1921 r. na posiedzeniu I. Zjazdu Okulistów Polskich w Warszawie).

Istniały dotychczas dwa sposoby operowania stożka rogówki. W pierwszym, uzasadnionym tem, że stożek rogówki rozwija się pod wpływem zwiększonego ciśnienia śródocznego, miano na celu obniżenie tego ciśnienia za pomocą przecięcia twardówki lub szerokiego wycięcia tęczówki. Drugi sposób miał na celu bezpośrednie działanie na wydęcie rogówki. Graefe wycinał płatek rogówki na szczycie stożka wielkości 2—3 mm, obejmujący połowę grubości jej miąższu, a pozostałą po usunięciu płatka ranę przyżegał azotanem srebra. Bader wycinał szczyt stożka. Badal robił to samo, nakładając przed wycięciem szczytu trzy szwy z końskiego włosa. Fario wycinał półksiężycowy płat obok środka rogówki, a Gałęzowski owalny. Chociaż Morton podaje jeden przypadek, w którym zabieg podobny dał mu świetny wynik (blizna linijna i całkowita siła wzroku), jednak zbyt smutne następstwa większości takich rękoczynów zmusiły do zupełnego ich zaniechania. Więcej uznania zyskał i dziś jeszcze dość rozpowszechniony jest sposób wprowadzony przez Gayet'a, polegający na przyżeganiu szczytu stożka żegadłem. Przyżeganie to musi być głębokie i doprowadzać, według niektórych autorów, nawet do przedziurawienia rogówki. Powstająca na miejscu przyżegania głęboka blizna, kurcząc się, sprowadza spłaszczenie rogówki i przeszkadza ponownemu jej rozdęciu. Blizna ta jednak powoduje zmętnienie środkowej części rogówki, co zmusza nas zwykle do wykonania wycięcia kawałka tęczówki (*iridectomia optica*) i pozbawia oko widzenia naośnego, fatalnie je przytem szpecąc.

Widzimy więc, że wszystkie te zabiegi, skierowane bezpośrednio do stożka, przynoszą albo wyraźną szkodę, albo korzyść tak wątpliwą, jak przyżeganie żegadłem. Na pewne wyróżnienie zasługuje sposób przyżegania Hirschberga. Przyżega on nie szczyt stożka, lecz obwód rogówki w postaci pierścienia i w ten sposób dąży do spłaszczenia jej środka.

Nie dały wyraźnych korzyści i te zabiegi wykonywane na obwodzie rogówki, które miały na celu obniżenie ciśnienia śródgałkowego, mianowicie przecięcie twardówki i wycięcie tęczówki. Zabiegi te w żadnym razie nie mogły być tak szkodliwe, jak wycinanie kawałków rogówki w jej środku, gdyż wykonuje się je w okolicy rąbka rogówki, t. j. w miejscu, które dobrze znosi wszelkie rękoczyny. Przeciwnie, jak to widzimy w naszym przypadku VI. (oko lewe), wycięcie tęczówki wpłynęło w znacznej mierze na wyjaśnienie się zmętnienia szczytu stożka i dało dość znaczną poprawę wzroku. Zmniejszając jednak ciśnienie, nie mogą zabiegi te zmniejszyć nadmiaru rogówki poprzednio rozdętej i dlatego nie mogą dostatecznie wyrównać zniekształcenia jej krzywizny. Brak ten został do pewnego stopnia usunięty przez prof. Noiszewskiego, który po wycięciu tęczówki wycina jeszcze i skrawek rogówki na jej obwodzie.

Do prof. Noiszewskiego zgłosiła się chora z zaćmą starczą, powikłaną przez istniejący oddawna stożek rogówki. Nazajutrz po operacji usunięcia zaćmy z wycięciem tęczówki prof. Noiszewski, zmieniając chorej opatrunek, zauważył, że brzegi rany rogówki nie przylegają do siebie prawidłowo, lecz zachodzą jeden na drugi, mianowicie brzeg środkowy zachodzi na brzeg obwodowy i jest nawet po części zmartwiały. Wtedy prof. Noiszewski odciął nożyczkami ten obumarły pasek brzegu rogówki szerokości około 2 mm. Rana zagoiła się prawidłowo, stożek znikł, a chora oświadczyła, że widzi po operacji tak dobrze, jak nigdy przedtem w życiu. Przypadek ten był ogłoszony w 1902 r. w Centralb. f. prakt. Augenh., oraz w 1907 r., w Postępie okulistycznym. W angielskim podręczniku chirurgji ocznej „*A text-book of ophtalmic Operations*“ H. Grimsdale and E. Brewerton, 2 Edit. 1920 r. czytamy, że Bossolino z Turynu ostatnio radzi przy stożku rogówki wycinać jej rąbek i powtarzać to w razie potrzeby nawet okresowo. W ubiegłym roku w klinice ocznej Uniwersytetu Warszawskiego z powodu stożka rogówki operowano troje oczu. Oprócz tego stosowano wycinanie skrawków zbliznowaciałej rogówki w przypadkach częściowego garbiaka rogówki, nawet przy jaskrze wtórnej; przypadki te przytaczamy poniżej.

Przypadek I. K-ska Marjanna 18 l. Oko prawe. Częściowy garbiak rogówki w dolno-zewnętrznej jej części; zrost tęczówki; jaskra następcza; wodoocze; T=32 mm Hg; W= liczy palce na $\frac{1}{2}$ metra w skroniowej części pola widzenia. Oko lewe prawidłowe. 25. V. 1921 r. operacja. W ogólnem uśpieniu po tylnem przecięciu twardówki zrobiono cięcie na brzegu rogówki od dołu i zewnątrz i szczypczykami nożyczkowemi Wecker'a wycięto pasek rogówki, a właściwie blizny rogówki, szerokości 2,5 mm. Przez kilka dni po operacji brzegi rany rozchodziły się, lecz po kilku dniach zeszły się, rana zabliźniła się, powierzchnia bielma zmniejszyła się, a garbiak znikł. Chorą po tygodniu wypisano z kliniki. Przez 5 tygodni po operacji badanie wykazuje W=0·1 w skronionej części pola widzenia. Garbiaka niema. Tn.

Przypadek II. L. Awrum 14 l. Oko prawe: Zanik gałki ocznej. Oko niebolesne. W=0. Oko lewe: zapalenie brzegów powiek; częściowy garbiak rogówki w dolno-zewnętrznej jej części; tęczówkozrost; jaskra następcza; T=40 mm Hg; oko źle wzierni kuje się; tarcza blada; W=palce na 2 metry. Operacja 5 VII. 1921 r. W uśpieniu ogólnem po tylnem przecięciu twardówki wycięto pasek ze ściany garbiaka, jak w poprzednim przypadku Rana dość szybko zagoiła się i garbiak znikł, ale ciśnienie wciąż podwyższone pomimo zakraplania pilokarpiny, nawet wyższe, niż przed operacją (42 mm Hg), wywołało konieczność wykonania wycięcia tęczówki. Po tej operacji, wykonanej 31. VIII 1921., ciśnienie obniżyło się do normy i chory wypisał się z kliniki bez poprawy wzroku, ale i bez garbiaka i jaskry, we 2 tygodnie po operacji.

Przypadek III i IV. Były to przypadki bardzo znacznego garbiaka rogówki, w których jednak pomimo to za pomocą szerokiego wycięcia tęczówki i obszernego wycięcia blizny rogówki udało się powrócić prawidłową postać rogówki, chociaż chorzy nie odzyskali wzroku.

Przypadki te wyraźnie dowodzą że, mając nadmiar rogówki, możemy część jej usuwać i w ten sposób powracać jej bardziej prawidłową krzywiznę. Gojenie rany po takim zabiegu w naszych, wprawdzie nielicznych, przypadkach odbywało się bez powikłań.

Teraz przechodzimy do operacji właściwego stożka rogówki.

Przypadek V. Janina K., 25 l. Od dziesięciu lat zaczęła gorzej widzieć lewem okiem, a od 2 lat słabnie wzrok oka prawego. Rozpoznanie: Obustronny stożek rogówki wybitniej wyrażony w oku lewem. W. pr. oka = $\frac{1}{5}$, lewego oka = palce na $\frac{1}{2}$ metra. 2. IV. 1921 r operacja w uśpieniu ogólnem. Cięcie rogówki nożykiem Graefe'go, jak do operacji wydobycia zaćmy. Szerokie wycięcie tęczówki. Nożyczkami wycięto na obwodzie, wzdłuż rany, pasek rogówki ok $1\frac{1}{2}$ mm szeroki. Atropina, opaska. Gojenie prawidłowe, po 10 dniach oko bez objawów zadrażnienia, stożek rogówki zmniejszył się.

22. IV. operacja powtórzona. Cięcie rogówki tym razem do dołu. Wycięcie tęczówki i odcięcie paska rogówki szerokości 1 mm. Po 10 dniach oko zagojone stożek jeszcze mniejszy, zmętnienie szczytu stożka znika, W = palce na 1 metr. Po miesiącu operacja zrobiona na tem samem lewem oku po raz trzeci. Tym razem wycięto pasek rogówki u dołu szerokości $1\frac{1}{2}$ mm. Przebieg pooperacyjny został powikłany na szósty dzień przez wzmożenie ciśnienia śródgałkowego, które ustąpiło po zastosowaniu pilokarpiny. Chora wypisana na 14 dzień. Rogówka jeszcze wyciągnięta stożkowato, ale już bardzo nieznacznie W. l. oka = palce na 2 metry.

Przypadek VI. Janina T., 27 l. Lewem okiem źle widzi od kilku lat. Przed 2 tygodniami nastąpiło znaczne pogorszenie wzroku w obu oczach Leczyła się pilokarpiną.

Rozpoznanie: Obustronny znaczny stożek rogówki, wybitniejszy w oku lewem. Szczyty obu stożków objęte przez zmętnienia, średnicy $1\frac{1}{2}$ mm w oku prawem i 3 mm w oku lewem. W. o. prawego = $\frac{1}{4}$, oka lewego = palce na 1 metr.

13. IX. 1921 r. Operacja Wycięcie tęczówki do góry na oku lewem. Gojenie prawidłowe, stożek nieco spłaszczył się, zmętnienie szczytu bardzo wyjaśniło się. 24. IX. W o. l. = 0.1.

3. X. Stan oka prawego pogarsza się szybko. W o. pr. = 1/15. Chora prosi o operację na prawem oku.

5. X. Operacja na oku prawem. Znieczulenie miejscowe. Wycięcie tęczówki do góry. Wycięcie obwodowego paska rogówki szerokości 1½ mm nożyczkowemi szczypczykami Wecker'a. Komórka wypełniła się dopiero po trzech dniach.

17. X. W o. pr. = 0.2, o. l. = 0.1.

28. X. Oko prawe: Stożek rogówki ustąpił prawie zupełnie. Rana rogówki zabliźniona. Ze zmętnienia szczytu stożka pozostało zaledwie parę szarych kropek, W = 0.2.

Oko lewe: Stożek rogówki zmniejszył się dość znacznie. Zmętnienie szczytu stanowi ¼ część tego, które było przed operacją. W = 0.1 bez korekcji.

16. XII. Stan obu oczu bez zmian.

Z powyższego widzimy, że i w przypadkach stożka rogówki, również jak i przy garbiakowych rozdęciach rogówki, możemy bezkarnie wycinać skrawki rogówki, wpływając przytem dodatnio na siłę wzroku i zmniejszając zniekształcenie krzywizny rogówki. Zabieg ten ma ogromną wyższość, nawet i pod względem kosmetycznym, nad wszystkiemi innemi, zdążającemi do tego samego celu.

Dr. Tadeusz Fechter, dyrektor szpitala. Jarosław.

Przypadek podskórnego pęknięcia śledziony od urazu tępego, operacyjnie wyleczony.

Ze Szpitala państw. powszechnego.

Marja Daniłko l. 13, córka rolnika, Grabowiec, powiat Przemyśl, została 2. kwietnia 1921, przejechana wozem, naładowanym drzewem o godzine 10 przed południem. W 6 godzin po wypadku przywieziono chorą do szpitala powszechnego w Jarosławiu.

Stan obecny: dziewczę wzrostu średniego, dobrze zbudowane i odżywione. Wyraz twarzy cierpiący, oczy zapadłe, skóra blada, pokryta potem, błony śluzowe blade, kończyny chłodne; język podsychający, ciepłota 37·0 i tętno 100 miękkie ale równe. Chora ustawicznie jęczy i narzeka na gwałtowny ból w brzuchu. Brzuch nieco wzdęty; mięśnie brzucha skurczowo napięte, silniej po stronie lewej. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, najbardziej tuż pod łukiem żebrowym lewym, w ściśle określonem miejscu, gdzie chora nie może znieść nawet lekkiego dotknięcia palcem. Odgłos opukowy przytłumiony, zwłaszcza po lewej stronie Wolny płyn w jamie brzusznej. W ciągu badania kilkakrotne wymioty, odbijania, czkawka.

Jak widać z opisu stanu obecnego, rozpoznanie obrażenia jakiegoś trzewia brzusznego nie podlegało w danym przypadku wątpliwości wobec istnienia wszystkich znamiennych cech, jak stały ból, kilkakrotne wymioty, odbijania, skurczowe napięcie powłok, wzdęcie a wreszcie przytłumienie, odpowiadające nagromadzeniu się krwi w jamie brzusznej i ogólne objawy niedokrewności. Okoliczność, że od wypadku upłynęło już 6 godzin, a nie wystąpiły dotąd objawy wybitne zapalenia otrzewnej z przedziurawienia, a dalej stwierdzenie stałej miejscowej bolesności tuż pod łukiem żebrowym lewem z nagromadzeniem krwi w jamie brzusznej, znaczniejszem po stronie lewej, umożliwiły mi rozpoznanie, z wszelkiem prawdopodobieństwem, pęknięcia samej tylko śledziony.

O godzinie 6 wieczorem (8 godzin po wypadku) przystąpiłem do operacji. Uśpienie eterowe. Otwarcie jamy brzusznej cięciem po zewnętrznej stronie mięśnia prostego lewego, przez ranę poczęła się wylewać z jamy otrzewnej obficie płynna krew, barwy wiśniowo-czerwonej Wsunąwszy rękę pod lewy łuk żebrowy to jest w okolicę śledziony przekonałem się, że została ona zmiażdżona; przerwana tętnica śledzionowa broczy; żyła śledzionowa nienaruszona. Na szypułę i tętnicę śledzionową założyłem ucisładło i podwiązałem podwójnie tętnicę i żyłę śledzionową; po przeglądzie jamy brzusznej i jamy powstałej przez usunięcie śledziony pokryłem kikut otrzewną. Zaszycie jamy brzusznej pierwotne, opatrunek. Chora wyzdrowiała bez powikłań i 6. maja 1921 wyleczona opuściła szpital.

Rozpoznanie podskórnego pęknięcia śledziony jest w pierwszych godzinach po wypadku trudne a we większości przypadków wprost niemożliwe, ze względu na to, że pęknięcie śledziony nie wywołuje żadnych znamiennych objawów, różniących je od pęknięcia innych narządów jamy brzusznej. Przy pewnych korzystnych warunkach, zwłaszcza gdy upłynęło już od wypadku kilku godzin, łatwiej już dojść do rozpoznania, jednak i wtedy bywa ono tylko prawdopodobnem. Ze względu jednak, że objawy, potrzebne do ogólnego rozpoznania pęknięcia trzew brzusznych, są dosyć znamienne, a objawy te towarzyszą z reguły i pęknięciu śledziony, nie zależy tyle na szczegółowem rozpoznaniu, ile na tem, ażeby zdać sobie należycie sprawę z doniosłości przypadku i gdzie tego potrzeba, jak najśpieszniej upewnić się w rozpoznaniu przez wykonanie laparatomji próbnej. Według zgodnych zapatrywań większości chirurgów rozpoznane pęknięcie śledziony leczyć należy z reguły operacyjnie, tak samo, jak pęknięcie każdego innego trzewia brzusznego. W przypadkach wątpliwych lepiej jest operować bez pewnego rozponania, nie tracąc czasu na wyczekiwanie, i nie stosować leków odurzających, które tylko zaciemniają obraz choroby, ponieważ laparotomja próbna w tych przypadkach wogóle mniej szkody przynosi, niż czekanie. Wprawdzie stwierdzonym jest fakt, że lekkie pęknięcia śledziony zagoić się mogą bez operacji, jednakże tem kierować się nie można, bo zdarza się niejednokrotnie, że po otwarciu jamy brzusznej znajduje się znacznie cięższe uszkodzenia, niżby to odpowiadało objawom klinicznym przed operacją.

Co do samej techniki zaopatrzenia pęknięcia śledziony to współzawodniczą tutaj ze sobą splenektomja i tamponada.

Założenie szwów jest niepewne, ponieważ nie zabezpiecza dostatecznie przed następowym krwotokiem z powodu kruchości miąższu śledziony i z powodu nadzwyczajnych trudności technicznych ze względu na niedostępne umiejscowienia. Obrażenia podskórne śledziony nie powikłane raną powłok dają bezwzględne wskazanie do jej całkowitego wycięcia, jeśli ogólny stan chorego na to pozwala, i co ważniejsze, niema rozległych zrostów. Wtedy tamponada pozostaje jako jedyne wyjście. Wytamponowanie ma jednak nieprzyjemne strony, a mianowicie: wikła przebieg pooperacyjny i opóźnia gojenie, powtóre tamponada, ażeby odpowiadała celowi, musi być szczelną i działać z dość znacznym uciskiem, a jako taka wywołuje czasem przykre objawy przez ucisk na sąsiednie narządy. (Przypadek pęknięcia śledziony wyleczony tamponadą ogłosił Hinze ze szpitala powszechnego w Rzeszowie w »Przeglądzie Lekarskim« 1919 Nr. 40). Że obrażenia śledziony podskórne dają bezwzględne wskazanie do jej całkowitego wycięcia, uzasadnia Jordan (Heidelberg) w swej pracy ogłoszonej w Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T 2. Z. 3. 1903.

Zabieg chirurgiczny przy podskórnem pęknięciu śledziony ma za najważniejsze zadanie opanować niebezpieczny objaw zagrażający życiu, to jest krwotok wewnętrzny. Szybkie i pewne zatamowanie krwotoku jest głównem zadaniem operatora.

Na ogół wycięcie śledziony musi być przeto uważane jako jedyny sposób pewnego powstrzymania krwotoku, tembardziej, że śledziona nie jest narządem niezbędnie potrzebnym do życia.

Że śledziona nie jest narządem do życia niezbędnie potrzebnym, jest to fakt oddawna znany: znali go już starożytni; przekonały nas o tem doświadczenia na zwierzętach; wycięcie śledziony wykonane w rozmaitych schorzeniach tego narządu i wrodzony brak śledziony u 45-cio letniej kobiety, zmarłej na gruźlicę płuc, opisany przez Glińskiego (»Przegląd Lekarski« 1906 Nr. 42).

Prof. dr. Józef Latkowski. Kraków.

O znaczeniu badania układu nerwowego mimowolnego.

(Z oddziału chorób wewnętrznych Państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prym. Prof. Dr. J. Latkowski).

(Ciąg dalszy).

Atropina sprawia obniżenie pobudliwości układu mimowolnego. Obok rozszerzenia źrenic wywołuje ona suchość w ustach, bicie serca, przyśpieszenie tętna. Suchość błon śluzowych występuje prawie u wszystkich chorych, tak że trudno z tego objawu ocenić siłę odczynu; dlatego najważniejszym odczynem pod tym względem będzie przyśpieszenie tętna i kołatanie serca. Za dodatni odczyn uważaliśmy — jak wspomniałem — odczyn taki, przy którym przyśpieszenie tętna było znaczniejsze i wynosiło 30 uderzeń na minutę, bicie zaś serca było wyraźne.

Przyśpieszenie tętna spostrzegano w 6 przypadkach. Czasem trafia się przewrotne działanie atropiny (u 3 chorych), mianowicie zwolnienie tętna (L. p. 2, 7, 18) Zwolnienie to możnaby tłómaczyć podrażniającem działaniem na zakończenia nerwu błędnego. Ciśnienie pod wpływem atropiny nie ulegało zmianie.

Działanie atropiny na oddychanie daje się nieraz zauważyć. Najczęściej występowała po atropinie arytmja oddechowa (w 15 przypadkach). Występowała ona równolegle z silniejszem oddziaływaniem na atropinę. Objaw gałkowy i objaw Erbena występują rzadziej po wstrzyknięciu atropiny, coby można tłómaczyć porażającem działaniem atropiny na nerw błędny, tak jak z drugiej strony arytmję oddechową można tłómaczyć pobudzającem działaniem atropiny na nerw błędny, a zjawia się ona szczególnie po mniejszych dawkach atropiny.

Rozszerzający wpływ na źrenicę przez porażenie zwieracza wystąpił u 20 chorych, porażenie zaś akomodacji stwierdzono u 2 chorych. Eppinger twierdzi, że chorzy z silnym układem parasympatycznym okazują krótsze działanie atropiny, gdyż porażenie mięśnia tęczówki zostaje prędko pokonane.

Upośledzenie wydzielania śliny dało się zauważyć u wszystkich chorych.

Po wstrzykiwaniu adrenaliny uzyskano odczyn źrenic, potwierdzający dotychczasowe spostrzeżenia, a mianowicie przeważnie źrenica nie oddziaływa na adrenalinę, gdyż na 64 badanych, rozszerzenie jej wystąpiło u 4, zwężenie zaś 6 razy. Rozszerzenie źrenic przez nas spostrzegane wystąpiło u chorych z zaburzeniami w zakresie układu nerwowego, jak neurastenia, kilak mózgu.

Wpływ na tętno i ciśnienie objawiał się przeważnie przyśpieszeniem tętna i podniesieniem parcia krwi. Nieznaczne przyśpieszenie wystąpiło 31 razy, tj. 48.43%, zaś wybitna różnica w tętnie od 20 do 30 uderzeń, tylko u 8 chorych. Zwolnienie tętna było znacznie rzadszem zjawiskiem, gdyż spostrzegano je tylko w 3 przypadkach i to w granicach niewielkich, od 6 do 10 uderzeń na minutę. Szymonowicz tłómaczy zwolnienie tętna zadrażnieniem ośrodków nerwu błędnego przez podniesienie ciśnienia krwi, Amberg stwierdził jednak utrzymywanie się zwolnienia tętna i po spadku ciśnienia, co dowodzi, że pobudzenie nerwu błędnego utrzymuje się dłużej. Stwierdzono też, że po przecięciu nerwów błędnych zwolnienie tętna nie znika i dlatego Falta, Neuborgh, Nobel przyjmują prócz zadrażnienia ośrodków nerwów błędnych i działanie obwodowe. W naszych przypadkach bradykardji podniesienie ciśnienia było znaczne i dochodziło do 25 mm Hg.

Do częstych zjawisk należy zaliczyć zwiększenie parcia krwi, które spostrzegano 44 razy w granicach od 15—40 mm Hg. Wybitny wpływ adrenaliny na ciśnienie znany jest od czasu N Cybulskiego i Szymonowicza i jest to najczęstszy objaw jej działania. Różnice tego odczynu zależeć mogą od innych czynników, od wydzielania wewnętrznego i od stanu mięśnia sercowego. Kraus i Friedental zwracają uwagę na wydzielinę tarczycy, która ma mieć duży wpływ na nerw błędny.

Wpływ adrenaliny na oddychanie jest mało zbadany. Bauer spostrzegał przyśpieszenie oddechów od 4 do 12 na minutę. W naszych przypadkach stwierdzono podobne oddziaływanie 38 razy od 4 do 16 oddechów, w większości jednak różnica była niewielka od 4 do 6, wybitna zaś tylko u 3 chorych, wynosiła bowiem 9, 10 i 16 oddechów, przytem u tych chorych wogóle odczyn na adrenalinę był znaczny. Zjawisko to tłómaczą zwiększeniem pobudliwości ośrodków oddechowych pod wpływem adrenaliny, gdyż podobne działanie spostrzegano też przez bezpośrednie zastosowanie tej substancji na rdzeń, którego komórki stały się pobudliwsze, zwłaszcza zaś w rogach przednich.

Cukromoczu adrenalinowego bez podania cukru gronowego nie uzyskano nigdy, nawet w przypadkach wybitnego odczynu. Rzadkość tego odczynu podnoszą i inni badacze. Pojawienie się cukru byłoby może zjawiskiem częstszem po dodaniu glukozy, jednak z powodu braku jej nie można było skorzystać z tego środka.

Z kolei zajmiemy się teraz dwoma objawami: objawem gałkowym i objawem Erbena, powstającemi wskutek zadrażnienia nerwu błędnego. Na 64 chorych objaw gałkowy wystąpił 20 razy, tj. 31,2%, z tych u 13 znaleziono go poprzednio. Według innych badań zjawisko to jest częste i ma się pojawiać u osób z pobudliwym układem parasympatycznym, a na dowód tego przytaczają autorowie istnienie jego w przypadkach ciężkich zakażeń, a nawet w agonji. Prócz zwolnienia tętna podczas objawu gałkowego może nastąpić i zmniejszenie jego amplitudy. Sterling przypisuje odczynowi adrenalinowemu pewne znaczenie prognostyczne w różnych chorobach zakaźnych, twierdząc, że żywy odczyn pozwala dobrze rokować. W porównaniu do opisanego objawu, objaw Erbena jest znacznie rzadszy, gdyż stwierdziliśmy go tylko 6 razy, tj. 9,4%.

Zjawisko arytmji oddechowej powstaje często u osób młodych i wskutek zadrażnienia ośrodków nerwu błędnego (Lommel), gdyż po przecięciu nerwów lub porażeniu atropiną nie pojawia się. Spostrzega się też je często u neuropatów i ozdrowieńców, a Hamburger uważa ten objaw za charakterystyczny dla dzieci nerwowych. W badaniach naszych arytmja oddechowa była przed wstrzyknięciem u 9 chorych, po wstrzyknięciu zaś u 16, tj. 25%. Porównując te objawy przekonujemy się, że po adrenalinie częstość ich zwiększa się, jednak nie w takim stopniu, by były charakterystyczne dla odczynu po adrenalinie.

Dermografję spostrzegano często, bo u 43 chorych, częściej polegającą na samem zaczerwienieniu skóry, rzadziej drugi rodzaj z poprzedzającem zaczerwienienie zblednięciem skóry.

Jeżeli uwzględnimy to, że zjawisko dermografji było i przedtem prawie u wszystkich badanych, a spotęgowało się po adrenalinie tylko w 2 przypadkach, musimy stwierdzić niewielki wpływ tej substancji na dermografję.

Z kolei przejdziemy do opisu wyniku badania krwi. Po wstrzyknięciu 0 001 gr. adrenaliny zauważyliśmy prawie we wszystkich przypadkach zwiększenie ilości ciałek białych, zwykle największe po 30 do 45 minut, od 2,000 do 12,000. Zwiększenie to bywa nieraz dość znaczne, do podwójnej pierwotnej ilości, a to w 7 przypadkach, tj. 10,1%. Co do powiększenia ilości, to znajdujemy częściej powiększenie ilości limfocytów, niż neutrofilów, lecz to zjawisko nie jest wcale regułą i nie zawsze przeważa przy leukocytozie ilość limfocytów. W każdym razie równocześnie zauważyć się daje zwiększenie się także ilości neutrofilów. Po wstrzyknięciu adrenaliny nie spostrzegano odczynu dwufazowego, jaki opisuje Frey, choć badano krew w różnych czasach po wstrzyknięciu adrenaliny Częstem zjawiskiem w naszych badaniach krwi było bezwzględne powiększenie się ilości wszystkich białych ciałek, tylko u 17 chorych, tj. 26,51% nie było leukocyiozy po wstrzykiwaniach adrenaliny.

Niektórzy autorowie chcą wytłómaczyć pojawianie się leukocytów skurczem torebki śledziony pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny. Abel miał na ludziach spostrzegać pomniejszenie się śledziony. Co do tych właśnie spostrzeżeń, to musielibyśmy uważać je za bardzo wątpliwe, gdyż nie widzieliśmy nigdy pomniejszenia się śledziony po wstrzyknięciu adrenaliny. Ponieważ zaś Schenk stwierdza powiększenie się ilości leukocytów u człowieka z wyciętą śledzioną, a Waltenhöfer nie widział powiększenia u królików w eksperymencie, tem więcej, ponieważ we krwi nie widzimy przy leukocytozie adrenalinowej monocytów, które powinny znajdować się w niej, jeżeli leukocytoza ma powstawać wskutek udziału śledziony, — trzeba raczej przyjąć, że adrenalina podrażnia narządy krwiotwórcze, a wynikiem jej jest leukocytoza, często połączona z limfocytozą. Waltenhöfer stwierdził rzeczywistą leukocytozę tak w naczyniach skórnych, jak i w żyle usznej królika i w żyle śledzionowej.

Pojawianie się krwinek białych eozynochronnych po pilokarpinie było dość częste, jak to podają Skór-

czewski i Wasserberżanka. Do częstych objawów należy drżenie i szereg wrażeń podmiotowych, przeważnie nieprzyjemnych, jak lęk, uderzenia do głowy, bicie serca. Drżenie tłómaczą rozmaicie, i tak Joteykówna uważa je za wynik zwiększonej pobudliwości sarkoplazmy. Inni przyjmują siedzibę przyczyny w układzie ośrodkowym (szypułki mózgowe, ciałka czworacze, móżdżek, wzgórki wzrokowe. Drżenie spostrzegano 26 razy, tj. 40,6%.

Jak wynika z przedstawionego działania adrenaliny, wpływ jej zaznacza się przedewszystkiem na narządzie krążenia, gdzie wywołuje zwiększenie czynności serca pod względem siły i częstości skurczów oraz podnosi ciśnienie krwi. Prócz tego dość często zwiększa się ilość leukocytów i limfocytów, wreszcie adrenalina wywołuje drżenie.

Z badanych przez nas chorych tylko 15, tj. 23,41% okazywało wybitniejszy odczyn w zakresie wszystkich objawów opisywanych przy adrenalinie, z tych zaś 6 oddziaływało na pilokarpinę, na atropinę zaś 4. Reszta zaś chorych tj. 47 oddziaływała bądź słabo, bądź też nie oddziaływała. Z badań tych wynika, że osób wrażliwych na adrenalinę jest mało, gdyż, uwzględniając to, że u badanych stwierdzono szereg zaburzeń przyrody nerwowej, ilości przez nas uzyskane są niewielkie. Widzimy również i to, że osoby oddziałujące na adrenalinę okazują się też wrażliwe i na substancję przeciwniczą, tj. pilokarpinę i to w znacznej ilości, bo na 15—6, tj. 40%.

Na podstawie naszych badań możemy stwierdzić, że nie było w naszym materjale wybitnego antagonizmu między działaniem adrenaliny a pilokarpiny i atropiny, mianowicie 8 naszych chorych oddziaływało silnie tak na jedną, jak i na drugą grupę trucizn, gdy 15 oddziaływało tylko na adrenalinę, a 20 na pilokarpinę; nie było też zawsze równoczesności oddziaływania na pilokarpinę i atropinę, a z tych 5 chorych, 2 oddziaływało równocześnie i na adrenalinę; na atropinę zaś oddziaływało 7 chorych. Nie można więc przyjąć, aby większa wrażliwość na pilokarpinę lub adrenalinę miała zależeć od większego napięcia w zakresie nerwu błędnego względnie współczulnego.

Możnaby tak twierdzić, gdyby chorzy oddziaływali zawsze równocześnie na atropinę i pilokarpinę, a nie oddziaływali na adrenalinę, a tak w rzeczywistości nie jest, nie można więc ludzi dzielić na wagotoników i sympatykotoników. Tem bardziej, że z dodatniego wyniku jednego odczynu np. cukromoczu, nie można wnosić o stanie całego nerwu, a tem mniej, że jest on w ciągłem napięciu. Te środki farmakologiczne mogą działać i na inne części układu nerwowego, a przedewszystkiem na uk ad nerwowy ośrodkowy Działanie tych ciał jest też bardzo rozległe, jak np. adrenalina działa na układ naczyniowy, podnosi ciśnienie krwi, przyśpiesza czynność serca, działa moczopędnie, wywołuje leukocytozę itd. Gdy więc z jednego odczynu dodatniego wnosi się o stanie całego nerwu, to popełnia się niedokładność, gdyż wywoływanie cukromoczu jest tylko częścią działania adrenaliny, a może nawet czasem nie pojawić się pomimo istnienia większej ilości cukru we krwi np. przy mniejszem wydzielaniu moczu, lub gdy zużycie cukru będzie w danym przypadku większe od prawidłowego. W innych znów przypadkach może być silne działanie na serce i układ naczyniowy, a może też nie wystąpić działanie na wydzielanie cukru, Tak np. przy duszn cy oskrzelowej często się zdarza wedle Falty, że nie powstaje cukromocz, a jest widoczne działanie na krew i narząd krążenia.

Dalej działanie tych ciał jest zależne od dawki i może być w małych dawkach odwrotne do działania w większych; adrenalina wedle Euiota w małych dawkach rozszerza naczynia, w większych zwęża je, jak wiadomo. Gdy zaś uprzytomnimy sobie, że w każdym nerwie mogą być włókna hamujące i podniecające czynność danego narządu, sprawa staje się jeszcze więcej zawikłaną. Dlatego też sądzimy, że takie schematyzowanie, jak podział na wagotoników i sympatykotoników, nie jest pożądane, bo wprowadza pewną powierzchowność w ujęcie zjawisk biologicznych. Trzeba też zauważyć, że silniejsze oddziaływanie pewnych narządów, względnie nawet zakończeń nerwowych na podniety zdarza się częściej w rozmaitych stanach chorobowych, związanych z osłabieniem czynności danego narządu i tłómaczy się jego chorobliwą pobudliwością Niełatwo więc zrozumieć, dlaczego w celu tłómaczenia zboczeń, połączonych z większą czułością, czy wrażliwością pewnych nerwów, przyjmuje się większe napięcie tych nerwów. Między napięciem (tonus) jakiegoś narządu a pobudliwością nie istnieje wcale taki stały wzajemny stosunek, aby wrażliwość czy pobudliwość wzrastała z napięciem (tonus) tego narządu, a tak sądzą zwolennicy pojęcia wagotonji i wnoszą, że większa wrażliwość na pilokarpinę równa się większemu napięciu w zakresie nerwu błędnego. Tymczasem z licznych spostrzeżeń wynika, że zwykle jest odwrotnie, że pobudliwość wzmożona zjawia się przy zmniejszonem napięciu (tonus). Sądzić więc prędzej musimy, że raczej przyczyną zaburzeń czynnościowych jest nadmierna wrażliwość i dlatego jest silniejsze oddziaływanie na tę truciznę. Gdybyśmy otrzymali po przecięciu nerwu błędnego silny skutek, uwidaczniający się w bardzo znacznem przyśpieszeniu tętna i zwolnieniu oddechu, wtedy moglibyśmy przyjąć silne napięcie nerwu błędnego, ale i w takiem prostem doświadczeniu trzeba rozważyć pytanie, czy w danym przypadku nie było już przedtem istniejącej nadmiernej wrażliwości zakończeń nerwu błędnego. Przy nadmiernej wrażliwości zakończeń nerwu, zniesienie napięcia prawidłowego może mieć również silny skutek, a doświadczenie farmakologiczne z wstrzyknięciem atropiny nie jest tak prostem, jak przecięcie nerwu. Takim przykładem może być ustępowanie zwolnienia tętna po wstrzyknięciu atropiny, gdyż prawidłowe napięcie (tonus) nerwu błędnego mogłoby natrafić na stan nadmiernej wrażliwości jego zakończeń.

Cały szereg autorów stwierdza, tak jak i z naszych doświadczeń wynika, że ludzie nerwowi oddziaływują często na obie grupy trucizn; i tak w dychawicy oskrzelowej, zaliczonej według Eppingera do wagotonji, znajdujemy wrażliwość na te obie grupy trucizn lub tylko na adrenalinę (chory 1. 53). Rozważając z punktu biologicznego zagadnienie czynników tonizujących musimy uwzględnić, że w ustroju ludzkim, wysoce złożonym, czynniki te muszą być rozliczne i bardzo wyspecjalizowane i chyba nie mogą istnieć na jednem miejs u i w jednym tylko narządzie. Za specjalizację tych czynników i umieszczeniem ich w rozmaitych narządach przemawiałaby ta okoliczność, że spostrzeganie kliniczne poucza, iż stany kurczowe (spastyczne) różnych narządów nie występują równocześnie w kilku narządach; i tak najczęściej występuje tylko kurcz żołądka, odźwiernika lub napad dychawicy albo kurcz pęcherza, a nigdy prawie stanów tych nie spotykamy równocześnie. Np. u jednego chorego występowały na przemian napady dychawicy, odchodzenie błon w stolcu, to znów kurcze żołądka, u innego znowu chorego spostrzegaliśmy kurcze jelit z odchodzeniem błon (*colica membranacea*), w jakiś czas później wystąpiła pokrzywka na całej prawie skórze, a w końcu objawy psychiczne tj napady lęków. Przykłady te dowodzą, że siedziby tego rodzaju zaburzeń nerwowych nie można przypuszczać w jednym nerwie i nie można tłómaczyć większem napięciem nerwu błędnego. W narządach zaś o rożnych własnościach, jak np. sercu, możliwe jest działanie nerwów na poszczególne jego własności nietylko w kierunku osłabiającym lub pobudzającym, ale także w kierunku zmieniającym te własności. Przy tak zawiłym mechaniźmie nie możemy nigdy być pewni, jaki będzie wynik działania farmakologicznego, a zatem z niego nie należy wysnuwać tylko wniosku o większem napięciu nerwów mimowolnych. (D. n.)

Z praktyki.

Adam Leszczyński. Warszawa.

Zastosowanie salwarsanu w promienicy płuc.

Poniżej podaję opis przypadku promienicy płuc, w którym zastosowałem leczenie salwarsanowe.

P. Cz. z Wołynia, l. 40, dnia 13 lipca 1921. dostał dreszczy, kłócia w prawym boku, niezbyt dokuczliwego kaszlu z niezbyt obfitą plwociną, po paru dniach przyłączył się do tych objawów

bardzo silny ból w prawym stawie barkowym, bezsenność, ciepłota 38,5°—39,5°.

Po 2-ch tygodniach wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, chory wstał, w ciągu 5 dni czuł się dobrze przy ciepłocie 37,1 - 37,3°.

Po 5 dniach powrócił silny ból w prawym stawie barkowym, kłócia w boku, pojawiło się ogólne osłabienie, kaszel z nieobfitą plwociną, ciepłota 38,3°—38,5°. Stan taki trwał do 13 sierpnia bez dążności do poprawy, wobec czego chorego przewieziono do Warszawy, w celu poddania go operacji, przypuszczano bowiem ropienie w klatce piersiowej. P. Cz. nigdy poważniej nie chorował, kiły nie przechodził, alkoholu nie nadużywał. Tyle co do wywiadów uzyskanych od chorego i jego otoczenia.

Dnia 15 sierpnia, przy badaniu wspólnie z kol. Erlichem, stwierdzono, że chory skarży się na ból w prawym stawie barkowym, na nieznaczne kłócie w prawym boku, na kaszel niezbyt dokuczliwy i osłabienie. Chory dobrze zbudowany, apatyczny, osłabiony. W stawie barkowym i wogóle na kośćcu i skórze klatki piersiowej i w przestrzeniach międzyżebrowych nie stwierdza się zmian widocznych. Z tyłu, od środka prawej łopatki, z boku i z przodu, na linji pachowej i na linji sutkowej od 4-go żebra stwierdza się stłumienie, oddech zaledwie słyszalny, drżenie głosowe prawie zniesione, ciepłota 38,5°, tętno 120. Kilkakrotne nakłucie próbne (kol. Erlich) dało wynik ujemny. Plwocina i mocz zbadane dn. 16. VIII zmian patologicznych nie wykazały. Po naradzie z prof. Sokołowskim, a następnie z kol. Starkiewiczem, po wyłączeniu ropniaka opłucnej i ropnia międzypłatowego, przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z ropniem w prawem płucu. Dnia 27. VIII., jakby na potwierdzenie rozpoznania, chory przy silnym kaszlu zaczął odpluwać cuchnącą żółtawą ropę, z czarnymi niezbyt licznymi punkcikami; w ciągu trzech dni chory wypluł tej ropy około litra, poczem ciepłota spadła do 36,6°—36,5°, ból w barku i kłócie w boku ustąpiły, samopoczucie znacznie się polepszyło. Po wydzieleniu się ropy badanie przedmiotowe wykazało: stłumienie z tyłu znacznie się zmniejszyło, drżenie głosowe wzmogło, oddech, chociaż osłabiony, jednak słyszalny, stępienie na linji pachowej i z przodu klatki piersiowej, jak w dniu 15. VIII.

Stan taki trwał 7 dni, poczem chory znów uskarża się na ból w prawym barku, silne kłucie w prawym boku w okolicy 8-go żebra, obecnie bolesnego na ucisk na linji pachowej, osłabienie, brak apetytu, bezsenność, odpluwa śluzowo-ropną plwocinę z żyłkami krwi, ciepłota 38,5°—39,5°.

Kilkakrotne próbne nakłucia na wewnętrznej linji tylnej pachowej (kol. Solman) nad 8-em żebrem wykazało, że igła natrafia na zbitą masę, wysięku zaś nie otrzymano. Prześwietlenie (kol. Grudziński) dn. 9. IX. wykazało: dolna część prawego pola płucnego ponad przeponą zaciemniona na szerokości kilku cm. górna granica tego zaciemnienia tworzy linję względnie ostrą, wykonywującą słabe ruchy oddechowe, u brzegu przyciemnionego granica nieco rozlana. Cień serca leży w miejscu prawidłowem. W przyśrodkowej części prawego pola płucnego, na przestrzeni od wnęki ku dołowi, widać ograniczone ognisko zaciemnione w kształcie trójkąta. W lewem płucu zmian nie ma. Lewa połowa przepony, ustawiona rozedmowo, wykonywa silne ruchy oddechowe.

W dniu 4. IX. w okolicy 8-go żebra na linji pachowej zaczął uwydatniać się obrzęk skóry, bardzo bolesny na dotyk. Dnia 11. XII. wystąpiło w tem miejscu chełbotanie, wobec czego postanowiono dokonać przecięcia ropnia, które wykonano w uśpieniu dn. 14. IX. (kol. Solman).

Po przecięciu wylało się kilka cm. krwawej ropy, przyczem stwierdzono, że żebro w miejscu cięcia pozbawione było okostnej, wycięto około 8-miu cm. tego żebra. W ranie powstałej po wycięciu nie stwierdzono ani zatok, ani przetok.

Przy próbnem nakłuciu w dnie rany igła znów weszła w zbitą masę, bez jakiejkolwiek zawartości. Powstało tedy podejrzenie, czy niema się do czynienia z promienicą płuc i że ropień i martwica żebra są dalszym ciągiem tej sprawy chorobowej — pomimo braku zatok i przetok, co w tych przypadkach jak wiadomo, miewa miejsce (Kijewski, Miklaszewski Starkiewicz i inni).

Drobnowidowe zbadanie wycieku z ropnia i plwociny w zupełności potwierdziło powyższe podejrzenie (Dr. Szerypo). Przed i po wycięciu zmartwiałego żebra, podmiotowe badanie wykazało w dolnym płacie prawego płuca z tyłu oddech oskrzelowy, inne zaś objawy wysłuchowe i opukowe były, jak przedtem. Po ustaleniu rozpoznania zastosowałem jodek potasu (5,0—200), a dnia 18. IX., uwzględniając stosowanie w promienicy dużych dawek arszeniku, a salwarsanu w zgorzeli płuc z dobrym wynikiem, zaleciłem dożylnie 0,3 salwarsanu (kol. Wielowiejski). Zabieg chory zniósł bardzo dobrze, a ciepłota, która trzymała się po wlewaniu 37,5°—38.3°, w dniu 25. IX. obniżyła się do 36,6°.

W dniu tym znów zastosowano 0,5 Salwarsanu, co chory zniósł bardzo dobrze. Od tego czasu samopoczucie chorego znacznie się polepszyło, kaszel był bardzo nieznaczny z nieobfitą śluzowo-ropną plwociną z żyłkami krwi, rana prawidłowo pokrywa się ziarniną, ból w ramieniu i kłócie w boku ustąpiły, apetyt duży, sen prawidłowy. Przedmiotowo z tyłu oddech dobrze słyszalny, lekkie stłumienie, drżenie głosowe wyraźne. W linji sutkowej i koło rany, opukowe i wysłuchowe zjawiska te same, jak przed operacją.

Dnia 2 X, kaszlu niema już zupełnie, samopoczucie w dalszym ciągu znakomite, rana goi się prawidłowo, chory pragnie opuścić łóżko i wrócić na Wołyń. Badanie przedmiotowe dało ten sam wynik, jak 25. IX.

Zastosowany dnia 2. X. po raz trzeci salwarsan w dawce 0,6 nie wywołał żadnych nowych zmian.

4. X. chory wyjechał na Wołyń z radą, aby po przerwie około dni 10 znów zastosowano u niego salwarsan.

Od kolegi, który wziął w opiekę p. Cz. na Wołyniu, i który zastosował salwarsan dnia 14 X. — 0,3, 24. X. — 0,5 i 4 XI — 0,6, otrzymałem zawiadomienie, że p. Cz. uważa się za zupełnie zdrowego i wrócił do swych gospodarskich zajęć. Wyniku badania kolega nie podał.

Krótka historja choroby p. Cz. jeszcze raz potwierdza, że objawy promienicy płuc są różnorodne i nie mają żadnego stałego typu, np. we wszystkich opisanych przypadkach promienica jest charakteru przewlekłego, przyczem wytwarzają się ropnie i przetoki drążące z opłucnej i płuc, i że samoistnej promienicy płuc nie bywa, tymczasem w podanym przypadku mamy do czynienia właśnie z tym przebiegiem, gdzie promienica płuc rozwinęła się pierwotnie i bez udziału w procesie chorobowym opłucnej. Nie było również ani przetok ani zatok w opłucnej, ani na skórze klatki piersiowej.

Dość długi okres czasu bez nawrotu choroby (2 miesiące) i zupełnie zadawalniający obecny stan zdrowia p. Cz. pozwala wnioskować, że w danym przypadku zastosowanie salwarsanu nie tylko zahamowało dalszy rozwój choroby, ale ją zupełnie usunęło.

Co prawda równocześnie z salwarsanem stosowałem i jodek potasu, pamiętając, że, *salus aegroti suprema lex esto*, ale, jeżeli nawet jodek potasu daje dobre wyniki w promienicy, o czem przekonałem się i sam w 2-ch przypadkach promienicy twarzy, to jednak skutek po zastosowaniu salwarsanu był tak jaskrawy, stanowczo powrót chorego do zdrowia tak szybki i stały, że nie waham się przypisać go w tym przypadku, jeżeli nie całkiem, to przeważnie salwarsanowi.

Zapiski lecznicze.

Martinet (posiedzenie Akademji lekarskiej w Paryżu z d. 14. VI 1921) widział znakomite skutki stosowania — *per rectum* — wyciągów płynnych i—*per os* — wyciągów suchych z mięśni sercowych wołu i konia w przypadkach wad serca niewyrównanych. Spostrzegał wtedy wzmożenie się parcia bocznego, zwiększenie ilości moczu, ustępowanie obrzęków, cofanie się rozszerzonych granic serca.

W przebiegu chorób sercowych zaleca Grossmann, jako środek nasenny, przedewszystkiem przetwory kozłka lekarskiego. Przetworów bromu nie należy stosować zbyt długo, ponieważ powodują apatję. Dobre wyniki widujemy po: bromuralu, 30 cg do 90 cg, po adalinie 50 cg, po medinalu, co drugą noc 50 cg., po luminalu — parę razy dziennie po 10 cg. Przy trwającej duszności nie można się obejść bez morfiny z kamforą; nie należy dawać morfiny przy zapaleniu mięśnia sercowego (błonica, posocznica). M. m. W. 1921 Nr. 43

(Sprawozdawca chętnie podaje, jako środek nasenny, po 25 cg aspiryny na noc).

Schlesinger zwraca uwagę na zapoznawanie pierwszych napadów chromania przestankowego, które przejawia się w postaci parestezji i bólów w kończynie dolnej przy chodzeniu, ustępujących po krótkiem wypoczynku; nie należy rozpoznać (i leczyć): gośćca, dny, stopy płaskiej, nerwobolu, dopóki nie wykluczymy w takich przypadkach stwardnienia tętnic jako przyczyny. Zalecamy wówczas: bezwzględne zaniechanie użycia nikotyny i zastrzykiwania Natrii nitrosi (0,20:100 Aq dest.), codzień po 50 cg, po tem po 1 gr. podskórnie; dwadzieścia do trzydziestu zastrzyknięć. (Med. Kl. 1921 Nr. 50).

(Podobny objaw może być zwiastunem stwardnienia rozsianego. Brak wtedy podczas napadu oziębienia i bladości w kończynie schorzałej).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. S. Tenenbaum. Łódź

Postępy w lecznictwie odmą sztuczną.

Piśmiennictwo poświęcone lecznictwu odmą sztuczną liczy corocznie, w prasie lekarskiej europejskiej, setki prac. Wiele z nich zawiera zdobycze nowe, które godne są poznania.

Zagadnienie, na czem głównie polega działanie odmy leczniczej, nie jest ostatecznie rozstrzygnięte. Nie ustalono naprzykład dotąd wpływu układu krwionośnego na gojenie się; zdania o ilości krwi w płucu uciśniętem są podzielone. Podczas gdy jedni (Brauer i Bruns) sądzą, że płuco uciśnięte zawiera mniej krwi, niż zdrowe, inni (Sauerbruch, Cloëtta) są zdania przeciwnego i właśnie w zwiększonej za-

wartości krwi widzą najważniejszy czynnik leczniczy. Sprzeczność tę tłómaczą (Mayerstein) różnicą pomiędzy stanem zapadnięcia się tylko płuca i jego uciśnięciem; przy pierwszem płuco ma być bardziej-, przy drugiem mniej ukrwione, niż płuco zdrowe. Poruszone zagadnienie ma ważne znaczenie praktyczne, gdyż może rozstrzygnąć pytanie: czy należy dążyć do możliwie silnego uciśnięcia płuca, czy tylko do zmniejszenia jego ruchomości, które umożliwia bliznowate kurczenie się tkanki. Pogląd odrębny wypowiada Jessen, upatrujący główne działanie odmy sztucznej w uciśnięciu naczyń krwionośnych i chłonnych. Tylko przekrwieniem żylnem, i to nietylko w płucu operowanem, ale i w płucu symetrycznem, można, podług Plehn'a [3]), objaśnić wpływ leczniczy odmy sztucznej na obydwa płuca. Plehn widział na rentgenogramach płuca symetrycznego wyraźne rozszerzenie i pogłębienie naczyń płucnych; zastój po tej stronie może powstać dzięki przesunięciu śródpiersia wraz z sercem, naczyniami wielkiemi. Inni wreszcie w działaniu odmy upatrują skutek wyciskania do krwiobiegu płynów śródtkankowych i naczyniowych, to ma powodować autoinokulację, więc autotuberkulinizację (Bertier [4]), Gwerder [5]). Zdaniem Sterlinga, w przypadkach ze sprawą rozpadową, stale postępującą, bez skłonności do zabliźniania, należy stosować możliwie największy ucisk, w przypadkach mniej złośliwych ze skłonnościami do zabliźniania wystarczy rozluźnić tkankę płucną, zniszczyć przyleganie płuca do opłucnej.

Zupełnie nową myśl rzucił Gwerder, polecając t. zw. odmę rozluźniającą (*Entspannungspneumothorax)*; we wszystwszystkich przypadkach chce on tym sposobem zapobiedz powstawaniu nowych ognisk w płucu symetrycznem, zmniejszyć częstość tworzenia się wysięków. Taką odmę wolno, według Gwerdera, zastosować i przy obustronnej gruźlicy ciężkiej.

Technika. Większość autorów posługuje się metodą Forlaniniego, jako prostszą, mniej uciążliwą dla chorego, niż metoda Murphy-Brauera. Francuzi np. używają wyłącznie metody Forlaniniego. Operatorom początkującym radzi Klemperer [1]) stosować metodę Brauera, po nabraniu wprawy, sposób Forlaniniego. Uwagi godną jest metoda Schrödera-Kaufmanna (Michelt [6]), polegająca na tem, że po znieczuleniu skóry 1 % nowokainą, przecina się skalpelem skórę, tkankę tłuszczową i mięśnie powierzchowne, a potem wkłuwa się trójgraniec. Po zabiegu, szew na małą rankę. Sterling, by zapobiedz wprowadzeniu igły do opłucny ruchem gwałtownym, radzi naciąć znieczuloną skórę igłą Frank'a i przez małą rankę wprowadza igłę stopniowo; szew jest wtedy zbyteczny. Opisano ostatnio szereg nowych aparatów nie przedstawiających postępu. Klemperer zastępuje manometr tonometrem Recklinghausena.

Z gazów używanych do zabiegu najczęściej jest obecnie stosowane powietrze atmosferyczne. Sprawą zmian zachodzących w składzie gazów, wprowadzonych do opłucnej przy odmie, zajmowano się oddawna. Ostatnio badali to zagadnienie Rist i Strohl [7]) i Grass [8]). Wszysey badacze zgadzają się na to, że gaz, wprowadzony do opłucnej, po pewnym czasie staje się mieszaniną gazów o pewnym składzie stałym. Ten stały skład następuje dość szybko, już po 2-ch minutach podług Grass'a, podług innych nieco później. Po wprowadzeniu gazu, azotu lub powietrza, następuje krótka faza, kiedy objętość gazu się zwiększa.

Zmiana w składzie gazu następuje w opłucnej niezależnie od tego, czy wpuszczamy tlen, azot, kwas węglowy, czy powietrze; do każdego z nich przenikają gazy tkankowe. Skład ostateczny ma być następujący: 90 % N; 4 % O_2 i 6 % CO_2. Przy wysiękach zmniejsza się ilość O_2 i zwiększa się ilość CO_2. Na zasadzie wyników analizy gazu możnaby więc wnioskować, czy mamy wysięk i można również określić wielkość odmy (Grass [15]).

Powyższe badania skłoniły Schwenkenbechera [9]) do stosowania gotowej mieszaniny gazów o składzie: 90 % N, 4 % O_2 i 6 % CO_2.

Co do ilości wpuszczanego gazu, należy kierować się naogół wahaniami manometru i stanem ogólnym chorego. Przy odmie rozluźniającej wpuszcza Gwerder nie więcej, niż 800,0. Dumarest i Lelong [45]) radzą wytworzyć odmę powoli, wpuszczając niewielkie naraz ilości gazu w przeciągu 15 dni i wtedy dopiero wywrzeć silniejszy ucisk, gdy płuco przystosuje się do nowych warunków przewietrzania. O konieczności stosowania promieni Roentgena w każdym przypadku odmy przed jej założeniem i możliwie częstem dokonywaniu prześwietlenia w przebiegu leczenia odmą, mówią wszyscy autorzy.

Rokowanie. Courmont chce oprzeć rokowanie na zwiększeniu się siły aglutynacyjnej surowicy chorego lub jej zmniejszeniu. Sterling posługuje się określaniem parcia ościennego krwi; zwiększenie się parcia przemawia za pomyślnym kierunkiem przebiegu choroby.

Wskazania. Ostatnio niektórzy autorzy rozszerzają wskazania do stosowania odmy sztucznej. Dotychczas $^9|_{10}$ przypadków odmy przypadało na ciężką jednostronną gruźlicę płuc. Obecnie sprawa gruźlicza po stronie drugiej, byle niezbyt rozległa i czynna, nie ma stanowić przeciwwskazania. Gwerder, jak wspomniałem stosuje odmę przy ciężkiej obustronnej gruźlicy płuc. Zdaniem wielu autorów (Plehn, Neumayer, Schwenkenbecher, Weinberg i inni) odmę stosuje się wogóle zbyt rzadko, bo w 2·5 % do 3 % wszystkich przypadków gruźlicy. Zdaniem Sauerbrucha i Brunnera [10]) 5 % przypadków gruźlicy płuc nadaje się do odmy. Neumayer [11]) czyni lekarza odpowiedzialnym przed własnem sumieniem, jeżeli nie poradzi choremu odmy przy istniejących wskazaniach. Za przeciwwskazania do założenia odmy uważają: wycieńczenie ostateczne, współistniejące ciężkie cierpienia nerek, niewyrównane wady serca, choroby wątroby, gruźlicze owrzodzenia jelit, schorzenia gruźlicze narządów moczopłciowych, silną neurastenję, padaczkę, alkoholizm, moczówkę cukrową, wiek ponad lat 45 (Neuman [12]), rozedmę płuc (Wolff [13]). Ciąża nie ma stanowić przeciwwskazania. Przy gruźlicy obustronnej, gdzie nie zawsze można stwierdzić, która strona bardziej jest chora, gdyż rolę główną odgrywa nie tyle rozmiar zmian anatomicznych, ile aktywność cierpienia. Kuthy zakłada odmę po jednej stronie i, jeżeli widzi bezpośrednio wpływ dodatni, to podtrzymuje odmę założoną, w przeciwnym razie wytwarza odmę po stronie przeciwnej.

Statystyka wykazuje, że z powodów technicznych odmy nie udawało się założyć u trzeciej części operowanych. Jakobeus w roku 1919 w 22 przypadkach, w których nie udało się wytworzyć odmy, zastosował przepalanie zrostów za pomocą drutu platynowego, wprowadzonego do opłucnej po przez torakoskop jego pomysłu. Gravesen [9]) stosował metodę Jakobeus'a w 16 przypadkach; tylko w trzech z nich nie udało mu się wytworzyć odmy; w pozostałych 13 wytworzył odmę, przyczem w 5 przypadkach miał wynik bardzo dobry, długotrwały.

Jako rozszerzenie wskazań należy uważać stosowanie odmy w gruźlicy wieku dziecięcego. Stosowano ten zabieg u dzieci kilkumiesięcznych; oseski półroczne dobrze znosiły odmę; u dzieci młodszych widywano jako następstwo odmy przyśpieszenie oddechu, Eliasberg [14]). Wskazania do wytworzenia odmy u dzieci różnią się nieco od wskazań dla dorosłych. Podczas gdy u dorosłych leczenie djetetyczno-higjeniczne może poprawić gruźlicę płuc np. drugiego okresu Turbana, u dzieci gruźlica analogiczna nie daje widoków na poprawę. Z początku wytwarzano odmę tylko u dzieci ciężko chorych, obecnie stosują ją u dzieci nawet w gruźlicy początkowej; zastosowano odmę u dzieci i w gruźlicy obustronnej, gdzie niewiele było do stracenia (Eliasberg); wytwarzano odmę po stronie bardziej chorej, a po kilku miesiącach, po drugiej.

Za rozszerzenie wskazań do odmy przy gruźlicy płuc należy również uważać leczenie ambulatoryjne (Hansen [22]). W Niemczech rzucono myśl założenia instytutów do leczenia ambulatoryjnego odmą sztuczną (Hansen [15]).

Po za gruźlicą płuc dotychczas stosowano odmę przy rozstrzeniach oskrzeli, przy zgorzeli płuca, ropniu płuca i obfitych krwotokach. Obecnie rozszerzono stosowanie odmy na suche zapalenie opłucny (Moritz, Henius [16]).

Friedemann[17]) zastosował odmę przy zapaleniu płuc. Widzi on jej wpływ dodatni w unieruchomieniu płuca, w usunięciu bólu i wywołaniu przekrwienia biernego. Do leczenia mają się nadawać typowe przypadki płatowego zapalenia płuc. Friedemann stosował 400,0 – 600,0 gazu. Chory odczuwa poprawę tuż po zabiegu; naogół przebieg staje się łagodniejszym, widziano nawet przerwanie choroby po zastosowaniu odmy. Zwykle wystarcza jednorazowe wprowadzenie gazu; gdy poprawa po 2 dniach nie następuje, Friedemann powtarza zabieg. Wszystkie dziewięć przypadków Friedemanna i sześć Dawida[18]) skończyły się pomyślnie; w dwóch przypadkach zapalenie przeszło na stronę przeciwną; i tu wynik był dobry. D. n.

Oceny i sprawozdania.

Jakób K. Parnas. **Chemja fizjologiczna ze szczegól nem uwzględnieniem fizjologji zwierzęcej.** Część pierwsza. Podstawy chemiczne fizjologji. Stron. XIII i 559. Wydawnictwo podręczników uniwersyteckich. Warszawa, E. Wende i Ska, — Lwów, H. Altenberg. 1922 r.

»Z przekonania, że napisanie podręcznika powinno być obowiązkiem profesora, nie zaś aktem dobrej woli... wyszła podnieta do napisania tej książki«. Obyśmy wśród profesorów naszych Uniwersytetów mieli jak najwięcej takich, którzy w ten sposób pojmują swe obowiązki.

Książka prof. Parnasa wypełnia jedną z najdotkliwszych luk w naszem piśmiennictwie podręcznikowem i już za to należy się autorowi głęboka wdzięczność i uznanie, i to nietylko ze strony uczącej się młodzieży, ponieważ brak w piśmiennictwie ojczystem współczesnego podręcznika chemji fizjologicznej odczuwał także z pewnością dotkliwie niejeden lekarz, niejeden przyrodnik.

Część pierwsza, która właśnie ukazała się w druku, obejmuje „podstawy chemiczne fizjologji, czyli chemję fizjologiczną ogólną".

W głęboko ujętym wstępie podaje autor definicję chemji fizjologicznej i głównych jej działów, omawia zagadnienia życia, przemiany materji, wzrostu, rozmnażania, podkreśla znaczenie planowego eksperymentu i jego analizy, hipotez i teoryj, jako nici przewodnich i czynników heurystycznych, oraz nauk przygotowawczych i pomocniczych, jako podstawy, na której jedynie da się wznieść w umyśle trwały gmach wiadomości fizjologiczno-chemicznych; kreśli rozwój omawianej nauki, jej metod i kierunków, wreszcie kończy wskazówkami, jak i gdzie się uczyć.

Całą treść tej książki podzielił autor na dziewięć rozdziałów.

W rozdziale pierwszym, obejmującym «składniki pierwiastkowe ustrojów żywych«, omawia autor pierwiastki, wchodzące w skład żywej materji, ich zapasy w przyrodzie martwej, oraz przemiany i drogi, po których przechodzą one w skład istot organizowanych. To krążenie pierwiastków w przyrodzie ilustrują doskonałe i przejrzyste schematy (azot i siarka). Rozdział ten, stanowiący podstawę biologji ogólnej, a obejmujący właściwie stosunki chemiczne istot organizowanych do martwego otoczenia, kończy autor podkreśleniem swoistego chemicznego składu ustrojów bez względu (do pewnego stopnia) na chemiczny skład podłoża, względnie otoczenia, omawiając i wyjaśniając t. zw. «zasadę o minimum» i ujmując ją samodzielnie w postać „logicznej zasady, odnoszącej się do wszelkich układów, które zależą od wielu czynników ograniczających". Nieuwzględnienie tej zasady, posiadającej pierwszorzędne znaczenie w naukach biologicznych, rozpatrujących zwykle zjawiska w wysokim stopniu złożone i zależne zasadniczo „od wielu czynników ograniczających", prowadzi, jak to autor słusznie podkreśla, do fałszywych wniosków, a co zatem idzie, niejednokrotnie do nieuzasadnionych zabiegów np. terapeutycznych w medycynie.

Rozdział drugi »woda i roztwory«, obejmujący 132 str. podręcznika, poświęcony jest zasadom t. zw. chemji fizykalnej. Szerokiego i wyczerpującego omówienia doznają tutaj fizykalne własności wody, jej skład chemiczny w rozmaitych stanach skupienia, pojęcie równowagi chemicznej, teorja roztworów, zjawiska powierzchniowe i układy koloidowe. Zagadnienia uchodzące zwykle, może niesłusznie, za bardzo trudne i zawiłe, wyłożone tutaj przystępnie, przejrzyście i z wielkim talentem pedagogicznym, znajdą napewne wdzięcznych czytelników w szerokich kołach lekarzy i przyrodników. Dla łatwiejszego zrozumienia wzorów matematycznych, bez których wykład chemji teoretycznej obejść się nie może, wprowadza autor, naszem zdaniem, bardzo szczęśliwie, krótkie objaśnienia z zakresu matematyki. Ile nowoczesny rozwój chemji teoretycznej zawdzięcza wyższej matematyce, nad tem nie możemy się tu szerzej rozwodzić; o ile zaś znajomość zasad wyższej matematyki ułatwia zrozumienie chemji teoretycznej, wystarczy przytoczyć znane zdanie Jahn'a, wypowiedziane w przedmowie do swojej elektrochemji: «Byłoby to bowiem bezużytecznym trudem starać się wyjaśnić coś tylko połowiczo w wywodach długich na całe stronice, co uświadomionemu mówi jedno równanie, w jednym napisane wierszu».

Rozdział trzeci zajmuje się białkiem i jego cegiełkami, kwasami aminowemi. Na szczególną uwagę w tym rozdziale zasługują ustępy; »E. Budowa chemiczna białka», omawiający istotę i zasadę wielopeptydowych wiązań aminokwasów w białku; »F. Własności fizyczne i chemiczne związków białkowych», w którym znajdujemy wytłumaczenie istoty wszystkich odczynów białkowych i wreszcie przy końcu rozdziału ustęp o przemianach białkowych z poglądowemi schematami krążenia białka między ustrojami roślinnemi a zwierzęcemi, i przemian białka w samym ustroju.

W rozdziale czwartym »węglowodany« znajdzie czytelnik dokładne omówienie budowy strukturowej cukrów, odczyny cukrów, dwucukry, skrobję, glikogen, błonnik, chitynę, pochodne cukrów i wreszcie ustęp o przemianie cukrów w ustrojach zwierzęcych. W ostatnim ustępie omawia autor pokrótce również powstawanie cukru z białka, wyraża stanowcze twierdzenie, że ustrojowi zwierzęcemu brak zdolności przerabiania kwasów tłuszczowych na cukier i podaje wreszcie trzy główne drogi, po których odbywa się zużywanie cukru w tkankach.

W rozdziale piątym omówione są kwasy nukleinowe, zasady purynowe i pyrymidynowe, jako ich części składowe, nukleotydy: kwas inozynowy i gwanilowy, nukleoproteidy, wreszcie przemiana nukleinowa. Kto kiedykolwiek «przegryzał się« przez te związki w innych podręcznikach, oceni może najłatwiej na podstawie tego rozdziału pedagogiczną wartość książki Parnasa. Na podstawie nowszych prac (Levene, Jones) wypowiada autor wielkie prawdopodobieństwo istnienia tylko dwóch kwasów nukleinowych, jednego roślinnego i jednego zwierzęcego. W ustępie o przemianie nukleinowej podkreśla autor zdolność ustroju zwierzęcego do samorzutnej syntezy kwasów nukleinowych; pojedyncze organiczne składniki kwasu nukleinowego są więc endogenicznemi. Przemianę na ostateczny przetwór purynowy, u człowieka zawsze na kwas moczowy, dokonuje cały szereg zaczynów. Ostatecznym produktem przemiany kwasów nukleinowych egzogenicznych (przyjętych z pokarmami) jest u człowieka również kwas moczowy. Nie mogę rozwodzić się tutaj szerzej nad omawianą przez autora pokrótce sprawą dny, odsyłając ciekawych do samego podręcznika, przytoczę jednak dosłownie zakończenie tego rozdziału: »Jeżeli dziś jeszcze zdarzają się lekarze, nieobciążeni ani przez wiek, ani przez rzeczy przekazane«, którzy, trwając w lekkomyślnem nieuctwie, traktują dnę «białem mięsem«, albo zbytecznie odbierają choremu pokarm białkowy, gdy w rzeczywistości trzeba tylko usunąć pokarm purynowy, to nasuwają się słowa Machiavela o »trzecim rodzaju rozumu, co ani sam, ani przy cudzej pomocy nic nie pojmie«. Ostro, ale słusznie!

W rozdziale szóstym opisuje autor tłuszcze i ciała tłuszczowate, kwasy tłuszczowe i mydła, przechodzenie i przemianę kwasów tłuszczowych w ustroju zwierzęcym, glicerynę i jej powstawanie w ustroju, tłuszcze właściwe, przemianę tłuszczową, barwiki tłuszczowe, witamin tłuszczowy (czynnik dopełniający A), wreszcie lipiny (lipoidy) i ich części składowe. Duży rozdział, obejmujący pięćdziesiąt kilka stron, doskonale napisany, zawiera zbyt wiele pod względem nauko-

wym ważnych, pod względem zaś praktycznym zajmujących faktów i wyjaśnień, ażeby je tutaj chociaż wyrywkowo nadmieniać. Możemy tylko jak najgoręciej polecić zaznajomienie się z tym rozdziałem, chociażby z tych względów, że omawianym tu ciałom przypisuje się co raz to większe znaczenie w rozmaitych sprawach farmakodynamicznych, odpornościowych i życiowych w ogólnem tego słowa znaczeniu.

Rozdział siódmy obejmuje cholesterynę i kwasy żółciowe. Podnoszę tu tylko własne, bardzo trafne ujęcie przez autora znaczenia cholesteryny w ustroju, jako rozpuszczalnika organicznego, wyodrębniającego strukturę żywej substancji w środowisku wodnem.

W rozdziale ósmym przedstawione są obszernie: szybkość reakcji, działania katalityczne i zaczynowe, oraz wpływ na nie rozmaitych czynników, jak ciepłoty, stężenia jonów wodorowych itp. Autor postąpił tu zupełnie słusznie, poświęcając wiele miejsca wyjaśnieniu istoty spraw i praw, którym podlegają, systematykę zaś zaczynów podając w przejrzystych tablicach.

Rozdział wreszcie ostatni o »fermentacjach i spalaniach«, może najtrudniejszy w całej książce, traktujący o »właściwych reakcjach pędnych ustrojowych», jest jednak stanowczo najgłębszym i najpiękniejszym rozdziałem całej książki, napisanym wprost po mistrzowsku.

Znakomity ten podręcznik, podający nietylko pewien zasób wiedzy, ale przedewszystkiem uczący myśleć i wgłębiać się w daną naukę, powinien znaleźć się w ręku każdego lekarza, biologa i wogóle przyrodnika, bo każdy ,kto nawet zna dokładnie teren wyłożonej nauki, bardzo, bardzo wiele z niej jeszcze może się nauczyć. Szczególną wartość książki podnosi jeszcze jej współczesność, autor bowiem uwzględnia najnowsze piśmiennictwo, oczywiście całego świata, aż do ostatnich czasów. Autor używa słownictwa chemicznego, zwanego u nas warszawskiem. Przyzwyczajony do słownictwa innego, wolałbym może osobiście, ażeby nazwy takie jak wodziany, i t. p. zastąpione były innemi, uważam jednak sprawę tę za drugorzędną, nie umniejszającą zupełnie bardzo wysokiej wartości książki.

Książka na wskróś oryginalna, świadczy nietylko o głębokiej i wszechstronnej znajomości przedmiotu, bardzo szerokiem i aż do szczegółów dokładnem owładnięciu przez autora nauk biologicznych wogóle i rzadkim wprost darze pedagogicznym, nosi ona też pewne cechy indywidualności literackiej w ujmowaniu i przedstawianiu materjału, które czynią ją zjawiskiem rzadkiem niestety wśród książek naukowych.

Pod względem typograficznym przedstawia się książka bardzo dobrze. Na szczególne uznanie zasługuje bardzo dobre i przejrzyste, pod względem zaś ekonomicznym mało miejsca zajmujące wykonanie trudnych typograficznie, strukturowych wzorów chemicznych.

Z ważniejszych pomyłek drukarskich zauważyliśmy, oprócz wymienionych w spisie pomyłek, następujące:

Na stronie	wiersz			zamiast	ma być
XIII	„	od góry	18	Cholerystyn	Cholesteryn
81	„	„	23	początkowa	porządkowa
81	„	„	26	5 Be	5 B
101	„	„	16	k	K
101	„	z dołu	10	k	K
102	„	od góry	9	k	K
105	„	z dołu	10	$(H')^2$	$(H^{\cdot})^2$
283	„	„	17	opada	popada.
383	„	od góry	17	hipoklastyczne	lipoklastyczne.
497	„	„	10	energje	energję
499	„	z dołu	23	stanowi jako	stanowi
520	„	„	18	$K_2O \longrightarrow$	$H_2O \longrightarrow$
533	„	„	4	Priaciples	Principles
535	„	„	7	68·2 Kal	2×68·2 Kal.

Zapowiedzianego przez autora drugiego tomu podręcznika oczekujemy z niecierpliwością.

Z. Steusing. (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Deutsche med. Wochenschrift.
Nr. 44. 1921.

M o r g e n r o t h, S c h n i t z e r, R o s e n b e r g. **Nowy środek przeciwgnilny.** (*2 aethoxy 6, 9 diaminoacridinium hydrochloratum.* (*Rivanol*). Po doświadczeniach z wucyną, najlepszym środkiem przeciwgnilnym z alkaloidów grupy chininowej, przeszli autorowie do pochodnych akrydyny. Pożywkę z różną ilością pochodnych akrydyny szczepiono 24 godz. hodowlą paciorkowców. Tak otrzymano granice stężeń związków akrydynowych, działające zabójczo na paciorkowce, jak również ułożono szereg siły działania tych związków. Ale wyniki doświadczenia *in vitro* zatarły się w działaniu u zwierząt. I tak połączenie oxyalilowe, które w rozcieńczeniu 1 : 100,000 działało zabójczo na paciorkowce, w doświadczeniu zwierzęcem było skuteczne w koncentracji 1 : 5000. Połączenia, które doświadczalnie w probówce działały na pewien szczep paciorkowców, nie działają nań zupełnie u zwierząt. U myszy, którym szczepiono świeżo wyhodowane paciorkowce podskórnie, można było otrzymać wyjałowienie tkanki podskórnej przez związek etoksy akrydynowy $^1/_{40}$ 80·000 a u królików przy śródmięśniowem szczepieniu 1 : 5,000 po 24 godzinach.

Takie same były wyniki z ostatnim środkiem dla gronkowców; środka należy używać świeżo sporządzonego, do celów chirurgicznych w rozcieńczeniu 1 : 1,000.

R o s e n s t e i n. **Środki przeciwgnilne „chemoterapeutyczne“.** (D o ś w i a d c z e n i a z *rivanolem* M o r g e n r o t h a). Rivanol czyli 2 etoksy 6, 9 dwuamino - akrydyna ma własność wpływania antyseptycznie na zakażone tkanki; wucynę przewyższa przez mniejsze zadrażnienie tychże. Przy wielu wrzodach, a szczególnie przy zapaleniu gruczołu sutkowego otrzymał autor wyleczenie przez wstrzyknięcie, lub też najpierw aspirację ropy i następnie wstrzyknięcie w jej miejsce riwanolu. Również dodatnie wyniki osiągnął autor przy ogólnem zakażeniu i przy ropieniu po usunięciu ropnia nerki. Środek ten wypełnia znakomicie wskazanie »*ubi infectus — ibi sterilisa*«, podobne do dawnego „*ubi pus — ibi evacua*“; jest jednym ze środków *therapiae sterilisantis magnae.*

L a n g e i J o s h i o k a. **Podnoszenie złośliwości drobnoustrojów niechorobotwórczych środkami chemicznemi.** W przeciwstawieniu do M u c h y otrzymali autorowie ujemne wyniki przy usiłowanem podniesieniu złośliwości sarcyny i lasecznika siennego (*bacillus subtilis*) przy równoczesnem szczepieniu z kwasem mlekowym. Przy szczepieniu odmieńcami działanie ujemne występuje dopiero przy dodaniu dawek kwasu mlekowego ś m i e r t e l n y c h zarówno dla drobnoustroju żywego, jak i zabitego. Działanie należy tedy wytłumaczyć jako dodanie 2 urazów. Dodanie kwasu mlekowego do pożywki drobnoustroju nie wpłynęło ponad zwykłe normy w wahaniu właściwości.

R o s t o c k. **Sztuczne podniesienie złośliwości mysich, szczepionych nowotworów kwasem mlekowym.** Autor szczepił mięsakoraka w postaci zawiesiny w mięśnie nóżek myszy. Szczepienia przyjmowały się wszystkie. Śmierć następowała w 40 dniach. Przy równoczesnem wstrzyknięciu 0·5 $cm.^3$ $^1/_2$ % kwasu mlekowego myszy zdychały w 14—20 dniach i wykazywały makroskopowo widoczne przerzuty w płucach i wątrobie, a raz w innych mięśniach kośćca.

R e h n. **Elektrofizjologja chorobowo zmienionych mięśni ludzkich.** Autor podaje wyniki elektrofizjologiczne, przy badaniu mięśni chorobowo zmienionych zapomocą elektrod w postaci igieł platynowych, wbijanych przez skórę do badanego mięśnia.

K u r t z a h n. **Dozowanie promieni rentgenowskich i oparzenia.** Autor opisuje wrzód oparzelinowy na pośladkach chorego, naświetlanego z powodu świądu odbytu. Drobnowidowo obok zapalnego, drobnokomórkowego nacieczenia i ogólnego zwyrodnienia, wybitnemi były zmiany naczyniowe w postaci zgrubienia ścian zarówno żył, jak również i tętnic, do zupełnego nawet zaniku światła tychże.

Po operacji rana nie goiła się przez kilka miesięcy. Autor poleca robienie mrożonych skrawków przy samej operacji, celem przekonania się o zniszczeniu naczyń, i wycinanie wrzodów po rentgenie do głębokości zdrowych ścian naczyniowych. Stąd pochodzą nieudałe zabiegi przeszczepiania na oparzeniach rentgenowych. Autor roztrząsa technikę filtrów i dozorowanie bjologiczne, polegające na prawie równej zdolności reagowania skóry różnych osobników.

S t e p p. **Ropienie w jamach nosowych, jako przyczyna schorzeń dróg oddechowych.** Autor przytacza szereg przypadków leczonych na gruźlicę, które okazały się schorzeniem jam nosowych. Po wyleczeniu ropienia w jamach nosowych ustępował stale dotąd trwający kaszel, a także i poprzednio już istniejące, zwykle następowe sprawy gruźlicze wybitnie się poprawiały.

S e i f f e r t. **Wrzody, podobne do durowych w żołądku.** Autor opisuje przypadek mięsaka chłonnego gruczołu przyusznego, który dał przerzuty do płuc, gruczołów chłonnych, w kiszkach i żołądku, w którym powstały nadżarcia i wytworzyły obraz makroskopowo podobny do owrzodzeń, spotykanych przy durze brzusznym.

S t ü m p k e. **Szczepionka wrzodu miękkiego.** Szczepionka, uzyskana mozolnie przez autora, podawana w ilości 0·1—0·5 śródmięśniowo i śródżylnie przy wrzodzie miękkim, powodowała szybkie czyszczenie się nieraz bardzo upartych owrzodzeń; zwykle wystarczały 3—4 injekcyj. *F. K.* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Choroby wewnętrzne.

Heart.

T. VIII. Nr. 1.

G. C. R o b i n s o n i G. R. H e r r m a n n. **Stosunek zamknięcia tętnicy wieńcowej do częstoskurczu napadowego, pochodzenia komorowego.** M a c k e n z i e wykazał za pomocą poligrafu, że przyczyna częstoskurczu może leżeć w przedsionku, lub komorze, ostatnie jest zjawiskiem rzadszem. L e w i s przedstawił za pomocą elektrokardjografu przypadek komorowy; eksperymentalnie cierpienie wywołał przez podwiązanie tętnicy wieńcowej. Autorzy przez założenie podwiązki przedniej zstępującej gałązki wywołali naprzód ektopiczne skurcze komorowe, potem komorowy częstoskurcz, a wreszcie trzepotanie komór i śmierć. Klinicznie spostrzegano 4 przypadki bezsprzecznie komorowo powstałego częstoskurczu, a w jednym przypadku stwierdzono przy sekcji znaczne zwężenie wzmiankowanego naczynia. Wszystkie przypadki były dość ciężkie i dały złe rokowanie, gdyż ognisko komorowe zawsze jest sprawą groźniejszą i może doprowadzić do migotania komór. W elektrokardjogramie rozpoznanie opiera się na: 1. poprzedzających częstoskurcz skurczach dodatkowych, napewne komorowych, świadczących o ognisku w komorze, 2. szybkich kompleksach komorowych (QRS 185 na min.), regularnych i równych pod względem wielkości, 3. śladach skurczów przedsionkowych, występujących zupełnie niezależnie od skurczów komór. Zmiany różne we fali T stwierdzono u chorego, którego sekcję wykonano, a spotykano je w różnych sprawach, połączonych z uszkodzeniem tętnicy wieńcowej.

T. L e w i s i Th. F. C o t t o n. **Badanie nad migotaniem i trzepotaniem. Część V. Niektóre skutki faradycznego drażnienia przedsionka.** Opis bezpośrednich skutków miejscowego faradycznego podrażnienia przedsionków. Drażniono obszar o promieniu 8–20 mm., który drgał 1500—2000 r. na min. aż do 5—10 sek. po ustaniu drażnienia. Reszta przedsionka drgała o wiele rzadziej (350—500 na minutę). Zdaje się, że nastąpiło miejscowe podrażnienie zakończeń mięśniowych nerwu błędnego, zmniejszył się okres refrakcyjny mięśnia, który może odpowiadać wszystkich faradycznym wstrząsom, fale drażnienie okrążają przedsionek jeszcze przez krótki czas po ustaniu drażnienia przedsionka; wreszcie okres jest daleko dłuższy i stąd powolniejszy rytm. Niektóre przedsionki odpowiadają na prąd faradyczny nieczystem trzepotaniem, przyczyna jeszcze nieznana. Zwykłe drażnienie prądem rytmicznym galwanicznym (400—700 na min.) wykazuje zupełnie ten sam skutek, co drażnienie prądem faradycznym (który ma w minucie 2500—3000 wstrząsów). Zwierzę zatrute atropiną wykazuje przez czas drażnienia 5—6 razy rzadsze skurcze przedsionków bez następowego skutku po ustaniu drażnienia.

Th. L e w i s, A. N. D r u r y i C. C. I l i e s c u. **Dalsze spostrzegania stanu »nagłego powrotnego podrażnienia« (rapid re-excitation) przedsionków.** Stan nagłego powrotnego podrażnienia przedsionków polega na bardzo wielkiej liczbie (do 3000 na minutę) skurczów, powstaje w mięśniu sercowym, którego okres refrakcyjny został ogromnie zmniejszony przez podrażnienie nerwu błędnego, a na który działają szybko po sobie następujące bodźce elektryczne, ostatni w czasie częściowego okresu refr. mięśnia. Stan podobny do trzepotania, ale fale poruszają się po bardzo małym kole, o średnicy kilku milimetrów. Pewne nierówności skurczów pochodzą z sinusoidowej postaci fal w chwili okrążania małych wysepek. Okazuje się, że mięsień przedsionkowy posiada niezmienione przewodnictwo nawet dla wielkiej liczby fal na minutę, o ile tylko okres refrakcyjny jest dosyć mały.

Th. L e w i s, A. N. D r u r y i C. C. I l i e s c u. **Pokaz ruchu kołującego (Circus Movement) w klinicznem trzepotaniu przedsionków.** Bardzo ścisłe obliczenia na podstawie elektrokardjogramu okazały, że podczas trzepotania odbywa się ruch kołujący dokoła przedsionka w przechodzącej płaszczyźnie przez *taenia terminalis* i obydwie żyły główne, ruch zaś odbywa się dokoła żył, idąc prawdopodobnie w dół wzdłuż *taenia terminalis* a do góry wzdłuż lewego przedsionka.

Th. L e w i s, A. N. D r u r y i C. C. I l i e s c u. **Pokaz ruchu kołującego (Circus Movement) w klinicznem przypadku migotania przedsionków.** Podobnie ścisłe obliczenie, jak poprzednio, wykazały, że ruch podczas migotania w odróżnieniu od ruchu podczas trzepotania nie postępuje stale po jednej płaszczyźnie, płaszczyzna od czasu do czasu odchyla się od swojego pierwotnego położenia o 60°–90° a potem wraca do dawnego położenia. Sposób krążenia fali i odchylania płaszczyzny, choć naogół bardzo różnorodny dla różnych chorych, jest jednak stały dla każdego z osobna; a jeżeli nawet fala wychodzi u pewnego chorego ze swojego stałego łożyska, to wkrótce doń nawraca. *Ziemilski* (Lwów)

Annales de Médecine.

T. X. Nr. 1 i 2. (1921).

R i s e r i R o q u e s T o u l o u s e. **Trzy przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych, przebiegającego pod postacią zapalenia nagminnego.** We wszystkich tych trzech przypadkach autorzy spostrzegali przebieg, który posiadał wiele danych, na podstawie których można było rozpoznawać zapalenie nagminne opon mózgowych. Więc okres zwiastunów był krótki, nic nie znaczący, trwanie choroby bardzo krótkie (5–18 dni), rozwolnienie z obfitemi cuchnącemi odchodami, polynukleoza. W pierwszym przypadku 80% obojętnochłonnych, w drugim 83%, w trzecim 51,7%. Polynukleoza przy powtórnych nakłuciach wzrosła o 10 i więcej procent. Większość tych obojętnochłonnych była nieuszkodzona, jak to wykazało przyżyciowe barwienie (50, 60, 89 na 100). Sprawę rozpoznania rozstrzygnęło badanie bakterjologiczne oraz anatomo-patologiczne. We wszystkich trzech przypadkach stwierdzono zmiany zapalne opon, zależne od toczącej się sprawy gruźliczej w mózgu. Poszukiwanie prątków Kocha w jednym przypadku dało wynik ujemny, w dwu dodatni. Autorzy na podstawie 59 zebranych w piśmiennictwie przypadków dochodzą do wniosku, że polynukleoza w przebiegu gruźliczego zapalenia opon nie jest rzadkością, przytem nie jest ona wynikiem dodatkowego zakażenia. Tego rodzaju postacie mają przebieg ostry lub podostry. Polynukleoza ta uwarunkowana bywa mnogością laseczników Kocha, obecnością w sąsiedztwie opon ogniska serowatego, powstałego wcześniej. Autorom udało się wywołać przy pomocy małej ilości jadu gruźliczego, wyosobnionego metodą Auclair lub Goria, polynukleozę 4 6 dniową po zastrzyku do przestrzeni podoponowej, lub też dłużej utrzymującą się przy powtarzaniu tych zastrzyków co 3–4 dni. W przypadkach ostrego lub podostrego zapalenia opon, o ile nie stwierdzoro dwoinek zapalenia opon, należy zawsze szukać lasecznikow Kocha, w razie ich nieobecności duże znaczenie djagnostyczne, przemawiające za gruźlicą, posiada spadek chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym. W razie wątpliwości,

zastrzyk surowicy antimeningokokowej w żadnym razie nie jest przeciwwskazany.

E. Jeanselme i A. Barbé. **Dane statystyczne przypadków raka, leczonych w szpitalu Tenon w czasie od 1901 do 1906 roku.** Statystyka ta obejmuje liczbę 1501 przypadków raka za czas od 1901 do 1906 roku. W tym czasie przez szpital przewinęło się 86.785 chorych. Na ogólną liczbę 11.794 zgonów przypada na raka 766. Wypisano 735. Ilość zachorowań według płci: mężczyzn 518 (1 rakowaty na 82 chorych), kobiet 983 (1 kobieta na 44 chore). Śmiertelność wśród mężczyzn wynosiła 33·8%, wśród kobiet 66·2%, podczas gdy w innych chorobach stosunek śmiertelności był odwrotny 56,5% mężczyzn, 43,7% kobiet. Śmiertelność odnośnie do wieku i płci: w wieku 30 - 40 lat, mężczyźni 4,4%, kobiety 9,17%, w 50—60 lat mężczyźni 13%, kobiety 28%, w 60—70 lat mężczyźni 14%, kobiety 28%, w 70—80 lat mężczyźni 9%, kobiety 19%. Najczęstszem siedliskiem raka były: macica 409 przypadków, żołądek 296, sutki 153. Te trzy organy dawały w schorzeniu rakowem 57% śmiertelności. Co do częstości zachorzeń organy idą w następującym porządku: wątroba i drogi żółciowe, jelita, prostnica i odbyt, język i twarz. Narządy płciowe u mężczyzn 11 przypadków, u kobiet 584. Rak przewodu pokarmowego u mężczyzn jest znacznie częstszy, niż u kobiet. Przeciętny wiek chorych wynosi 55—60 lat; wyjątek stanowią raki narządów płciowych kobiecych, wiek chorych 48—50 lat. Żaden zawód specjalnie nie usposabia do powstania raka. Niema miejscowości, któreby dawały wyraźnie większy odsetek raków.

Marcel Labbé. **Leczenie chorych na cukrzycę głodzeniem.** Metodę tę zapoczątkował w 1910 roku Guelpa, lecz na większą skalę zastosował ją w lecznictwie Allen w Ameryce. Metoda ta polega na stopniowem odejmowaniu choremu pokarmów, aż do 200 gr zielonej jarzyny na dobę, następnie 2—3 dniowym głodzie (absolutne odjęcie pokarmów, z wyjątkiem wody), potem następuje odżywianie stopniowe począwszy od 200 gr jarzyny zielonej na dobę, następnie masło i mleko, ser, jaja, i po kilku dniach mięso. Wyniki tego leczenia w lżejszych przypadkach cukrzycy są doskonałe: cukromocz znika już w pierwszym dniu głodu lub w cięższych przypadkach w drugim dniu, jeśli zaś odżywienie chorego przeprowadzić ściśle, to może cukromocz więcej nie zjawić się. Przecukrzenie krwi znika w dniach głodu, choć później niż cukromocz, i powraca z chwilą rozpoczęcia odżywiania, lecz już nie wraca do swej poprzedniej wysokości. Przekwaszenie, o ile miało miejsce, znika zupełnie w dniach głodu, by powrócić do niższych wartości przy odżywianiu. Amino- i aminoaciduria zachowuje się podobnie. Równowaga azotowa chwilowo zachwiana, z chwilą odżywiania zachowuje się jak u rekonwalescentów. Spadek wagi nie przenosi 2 kg, u otyłych do 3 kg. Ciśnienie tętnicze, ciepłota, ilość oddechów, częstość tętna spada, lecz szybko wraca do normy. W przypadkach ciężkiej cukrzycy w czasie głodu obserwujemy tożsamo działanie, lecz w znacznie mniejszym stopniu, z chwilą zaś odżywiania poprzedni stan powraca bez zmian, gdy w lżejszych postaciach nic nie wraca do poprzedniej wysokości. Leczenie to jest bardzo dobrze znoszone przez chorych, tembardziej, że jest krótkie. Niemożliwem okazuje się przeprowadzenie tego rodzaju leczenia u polyfagów lub u fagomanów.

V. Hutinel i M. Maillet. **Dystrofje gruczołowe w ogólności i poszczególne dystrofje monosymptomatyczne.** Autorzy choroby wynikłe na tle zaburzeń w gruczołach o wydzielinie wewnętrznej dzielą na: 1. Dystrofje zupełne, 2. Dystrofje ogólne mniej lub więcej usystematyzowane, 3. Dystrofje monosymptomatyczne. Następuje szczegółowy opis schorzeń rozmaitych typów.

Noel Fiessinger i Jean Broussol. **Bjologiczne studja nad niezróżnicowanemi komórkami krwi w ostrej białaczce.** We krwi chorych na ostrą białaczkę spotykamy komórki o jednem jądrze, bez ziarnistości w protoplaźmie, nie należące do leukocytów krwi normalnej. Z limfocytami dużemi łączy ich brak ziarnistości, jednak wielkość ich jest znaczniejsza, postać jądra owalna lub półksiężycowata, zrąb chromatynowy mniej zbity, w jądrze kilka jąderek, w okolicy jądra ostro odgraniczony, delikatny pierścień bazofilny, w protoplazmie liczne wakuole. Autorom rozchodzi się o zbadanie bjologicznych własności tych komórek; są to duże limfocyty Ehrlicha, limfo lub myelogonie Bendy, myeloblasty Naegelego, limfoidocyty Papenheima. Po przeprowadzeniu doświadczeń z krwią 3-ch białaczkowych pod względem zdolności proteolitycznej (rozkraplanie leukocytów na ściętej surowicy wołu), pod względem zawartości oksydazy (metoda Schultzego), pod względem zawartości peroksydazy (metoda Grahama), oraz na zawartość innych zaczynów: jak lipazy, maltazy, lecytynazy, autorzy wyciągają następujące ogólne wnioski. Doświadczenia bjologiczne zgadzają się z dotychczas osiągniętemi wynikami czystej hematologji. Komórki te rzucone zostają do prądu krwi, w wieku, w którym nie okazują one żadnego zróżnicowania ani pod względem postaciowym, ani pod względem czynnościowym. Pewne wszakże ich partje mogą zróżnicować się, choć z grubsza, czy to w kierunku myelocytowym, i jako takie, posiadają już wyżej wspomniane zaczyny, czy to w kierunku limfocytowym, nie zawierając tych zaczynów. Różnicowanie to odbywa się w różnych stosunkach ilościowych, lecz większość ich pozostaje niezróżnicowana, ani postaciowo, ani czynnościowo. To też rezultaty otrzymane przy zastosowaniu prób bjologicznych są rozmaite. Zdolności proteolityczne wykazało 11 przypadków na 22 przypadki ostrej białaczki, 1 przypadek dał słabą reakcję, wynik ujemny w 10 przypadkach. Oksydazy na 55 przypadków, wynik dodatni dały w 22, wynik dodatni bardzo słaby w 7, ujemny w 26.

E. Lenoble. **Kiłowe zapalenie mięśnia sercowego.** Opis dziewięciu przypadków tej sprawy, oraz rozbiór rzeczy dotąd w tej sprawie napisanych.

Jean Paraf. **Pneumokoki a zakażenie pneumokokowe.** Rozbiór krytyczny.

D. Danielopolu i V. Danulesco. **W sprawie mechanizmu powstawania bodźców w napadowem biciu serca.** Autorzy z pomocą adrenaliny, u osobnika z rytmem naprzemiennym, mającym przeto rozległe zmiany w mięśniu sercowym, wywołali napad heterotopicznego przyśpieszenia czynności serca, który posiadał wszystkie cechy elektrokardjograficzne, cechy właściwe napadowego bicia serca. Adrenalinę wstrzyknęli pod skórę po poprzedniem przygotowaniu chorego digitaliną. Z krzywych, zdjętych w danym przypadku, wyciągają następujące wnioski. Napadowe bicie serca powstaje wskutek nadwrażliwości ośrodków heterotopicznych, powstałej na tle uszkodzenia przez procesy zapalne mięśnia sercowego. Nadwrażliwość ta może być ukrytą. Podczas gdy normalnie, na jednoczesne drażnienie gałązek (n. współczulny), prawej i lewej, serce oddziaływa, zmieniając tylko swój rytm co do czasu (przewaga lewej gałązki), to przy nadmiernej pobudliwości ośrodków heterotopicznych oddziaływa ono przy przewadze prawej gałązki nerwu współczulnego. Czynnik, wywołujący napadowe bicie serca, hamuje węzeł zatokowy i pobudza ośrodki heterotopiczne.

Edmond Doumer. **Mierzenie ilości ciał obniżających napięcie powierzchniowe moczu.** Do tych ciał należą sole żółciowe w wybitnym stopniu, tak iż można wykryć cholalurję tam gdzie niema jeszcze innych oznak niedomogi komórek wątrobowych. Dotychczasowe metody nie dawały nawet przybliżonego pojęcia o ilości tych soli, a to z powodów następujących: 1. Mocz jest mniej lub więcej kwaśny, zawiera on kwasy i sole organiczne. 2. Glycocholaty mogą znajdować się jako sól sodowa, albo jako kwas lub też ich mieszanina co daje w każdym wypadku różne rezultaty. 3. Chlorek sodu wpływa przy obecności glykocholatów na większe obniżenie napięcia, niż one same. 4. Obniżenie napięcia nie jest proporcjonalne do ilości glycocholatu. Autor rozwiązuje to w następujący sposób. Mocz alkalizuje Na OH do lekko błękitnego zabarwienia papieru tarne-zolowego. Określa doświadczalnie w wodzie destylowanej zwiększenie się siły obciążającej napięcie glykocholatów w obecności chlorku sodu, które jest proporcjonalne do $\sqrt{z}$ (z oznacza ilość chlorków). Wykreśla doświadczalnie krzywą obniżenia napięcia powierzchniowego przy różnych ilościach glykocholatów. W ten sposób dochodzi do ścisłego dosyć dla celów klinicznych określenia ilości gly-

kocholatów. Inne ciała, spotykające się w moczu, nie oddziaływują na obniżenie napięcia, lub w znikomym stopniu, lub np. jak aceton występują wyjątkowo. Inne znowu, choć same jako takie, zmieniałyby to połączenie, lecz nie występują w czystej postaci (np. fenol). Jedynemi, z któremi musimy się liczyć, są aminokwasy, lecz obecność ich w moczu świadczy o tem samem, co i obecność glycocholatów tj. o niedomodze komórek wątrobowych. Sprawę tę szczegółowiej ujęto w Compte-Rendus de la Societé de Biologie, 1921. t. LXXXIV p. 393, 595, 681, 683. Opis sposobu obliczeń w tekście.

T. Milewski (Warszawa).

Gruźlica.

Zeitschrift für Tuberkulose
Z. 5. 1921.

G. Simon. **Przyczynki do kliniki t. zw. zespołu pierwotnego (Raube).** Praca jest poświęcona objawom zespołu pierwotnego (ognisko pierwotne w płucach wraz z przynależnemi doń gruczołami, zajętemi gruźlicą). Wyniki pracy: 1. Tę sprawę można rozpoznać przy pomocy promieni Roentgena; ma ona wyraźną dążność do gojenia się. 2. W okresie wieku szkolnego nie rozszerza się. 3. Ogniska powstałe z przerzutu różnią się od zespołu pierwotnego przez brak zmian w gruczołach przynależnych. 4. Zespół pierwotny można spostrzedz u dorosłych w tej samej postaci, co i u dzieci.

F. Ickerl. **Ochrona dziecka przed zakażeniem gruźlicą.** Ilość zbyt ciasnych mieszkań chorych na suchoty zmniejszyła się w Szczecinie z 13,6% (1919) do 12,9% (1920). Jednocześnie zaś ilość chorych z lasecznikami w plwocinach, nie odosobnionych we własnych sypialniach, wzrosła z 48,1% (1919) do 53,7% (1920). Autor upatruje w tym fakcie skutek niedbałej czynności wywiadowczyń miejscowej Opieki przeciwgruźliczej.

W. Kruse. **Przyczynek do zagadnienia walki z gruźlicą.** Polecenie środka leczniczego Friedmanna do celów zapobiegawczych; szczepienie osesków, jako środek zapobiegawczy.

K. Nather. **Zmiany w wolu; przyczynek do poznania posocznicy gruźliczej.**

M. Weinberger. **O osteoarthropatji w przebiegu raka płuc.**

D. Wirth. **Zmiany na okostnej w przebiegu gruźlicy u psa. Sprawozdanie z rozpraw o gruźlicy na 45-tym Kongresie chirurgów niemieckich.**

Zeszyt 6.

Saugmann. **Wyniki trwałe leczenia odmą piersiową suchot płucnych.** Czternastoletnie doświadczenie i 500 leczonych przypadków stanowią podstawę wniosków znanego badacza duńskiego. Krytycznie zebrany materjał liczbowy ujęty jest w szereg tablic. »Tylko nieznajomość metody i jej wyników« może usprawiedliwić przeciwników tej metody (i tych, którzy z jej dobrodziejstw nie korzystają).

H. Kurzok. **Gruźlica kości klinowej w jej stosunku do przysadki mózgowej.**

G. Simon. **Sprawozdanie z 33-go kongresu medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie.**

B. Möller. **Niemiecki kongres gruźliczy w Elster (19—21. III. 1921). Sprawozdanie z sanatorjum Beelitz za rok 1920. Sprawozdanie z urządzeń przeciwgruźliczych w mieście M. Gladbach.** *S. Sg.* (Łódź).

Choroby dzieci.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.
T. XXII. Zeszyt 1. (r. 1921).

W. Knöpfelmacher i Cl. Kohn. **Badania nad barwikiem żółciowym przy żółtaczce noworodków.** Mocą t. zw. odczynu «diazowego pośredniego« (wedle Hijmansa van den Bergh), który występuje albo spóźniony, albo po dodaniu alkoholu metylowego, stwierdzili autorowie, że barwik żółciowy we krwi wszystkich płodów jak i noworodków z żółtaczką okazał się pochodzenia innego aniżeli wątrobowego (»*anhepatisch*«).

Ponieważ zaś (wedle Schicka) łożysko matki dostarcza materjału do barwika żółciowego płodu i noworodka, który więc powstaje drogą analogiczną do żółtaczki »hemolitycznej« (*icterus haemolyticus*), przeto teorja żółtaczki »zastoinowej« (*Stauungsicterus*) u noworodków jest pozbawiona wszelkiej podstawy.

O. Tezner. **Wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci z wrodzoną kiłą.** U 43 dzieci z wrodzoną kiłą wykazał płyn mózgowo-rdzeniowy w 41·8% odczyny dodatnie (Wassermann, Nonne, Appelt, pleocytoza). Z pomiędzy tych przypadków było 16 niemowląt, u których odczyny dodatnie wystąpiły w 62.5%, w tem dodatniego Wassermanna w 50%.

Wszystkie niemowlęta miały osutkę kiłową. 20 przypadków tyczyło się dzieci starszych bez objawów ze strony układu nerwowego, z których 15% wykazało odczyny dodatnie w płynie. Z 7 przypadków kiły wrodzonej z objawami systemu nerwowego 5 wykazało odczyn dodatni Wassermanna w płynie.

Wyniki te wskazują, że w wielkim odsetku (62.5%) niemowląt z wrodzoną kiłą okazuje się system nerwowy już zajęty. Zmiany te jednak, jak wykazują badania dzieci starszych, w późniejszym wieku ustępują w wielkiej ilości przypadków, a zatem nie pozostawiają trwałych szkodliwych następstw.

H. Mautner. **O dziedzicznie występującym, śmiertelnym przypadku pęcherzycy (*pemphigus hereditarius*).** Opisany przypadek pęcherzycy dziedzicznej, prowadzący po 2-u miesiącach do śmierci wskutek ogólnego zaniku był o tyle charakterystyczny, iż powstające na różnych miejscach ciała pęcherze prowadziły do głębokich wrzodów, a nawet gdzieniegdzie do obumarcia kości, przyczem brak było zaburzeń ze strony nerwów odżywczych, lub też uraźności (*Vulnerabilität*) wskutek zmian naczyniowo-ruchowych.

A. Reuss. **O napadowo występujących zaburzeniach wegetacyjno-nerwowych u dzieci.** Wśród materjału ambulatoryjnego zauważył autor szereg dzieci w wieku szkolnym, u których napadowo występywały zaburzenia wśród następujących objawów: silne ślinienie, mroczki migocące („*Flimmerscotom*"), skłonność do wymiotów, zawrót głowy, zblednięcie bez utraty przytomności, czasami ból głowy.

Ponieważ brak było jakiegokolwiek piętna hysterji lub neurastenji, uważa autor przypadki jako równoważniki t. zw. migreny z tego względu, iż w wielu wypadkach bólu głowy nie było, jednakowoż w ascendencji migrena bywała.

A. Reuss. **Nauka pielęgniarki niemowląt.**

K. Dietl. **Przypadek gruźlicy skóry.** U dziecka w 2-gim roku życia, które, przed 8-ma tygodniami badane, wykazywało zupełnie ujemne odczyny tuberkulinowe, wystąpił wrzód na skórze wraz z opuchnięciem gruczołów miejscowych, który, badany histologicznie, przedstawia się jako wrzód gruźliczy, równocześnie zaś odczyn tuberkulinowy staje się dodatnim. W przypadku tym należy wrzód ten uważać jako pierwotne ognisko gruźlicze, które powstało prawdopodobnie na skutek zakażenia wykwitu liszajca (*impetigo*) lasecznikami gruźlicy.

E. Kirsch-Hoffer. **Przyczynek do kiły nerek w wieku niemowlęcym.**

G. Bessau, S. Rosenbaum i B. Leichtentritt. **Przyczynek do zatrucia niemowląt.** Wedle doświadczeń autorów należy szukać w pożywieniu przyczyny etjologicznej do zatrucia niemowląt, gdyż w innym razie byłoby rzeczą niewyjaśnioną, dlaczego dzieci karmione naturalnie wcale nań nie zapadają. Prątek okrężnicy, wprowadzony z zewnątrz do jelit, zdaje się tu odgrywać pewną rolę. Okazało się bowiem, że w wielu wypadkach mleko o pochodzeniu rzekomo bez zarzutu zawierało żyjące prątki okrężnicy. Te drobnoustroje w związku z uszkodzeniem przewodu pokarmowego z powodu upałów stanowią podłoże do ich nadmiernego rozwoju („*Kolibesiedelung*"). Z drugiej zaś strony u niemowląt karmionych mlekiem krowiem, wyjałowionem bez zarzutu pod kontrolą w zakładach dla niemowląt, zatrucia należały do rzadkości. Dalsze spostrzeżenia autorów stwierdzają, że zatrucie następuje zawsze po biegunce tak, że należy uważać biegunkę, jako czynnik pierwotnie szkodzący.

B. Leichtentritt. **Przyczynek do chorobotwórczości zapalenia szpiku kostnego u niemowląt. Czy »*bacillus faecalis alcaligenes*" jest chorobotwórczym dla ludzi?** W opisanym przy-

padku zapalenia szpiku kostnego wyhodował autor z krwi krążącej *„bac. faecalis alcaligenes"*; autor stawia kwestję otwartą, czy prątek‿ów stoi w związku z zapaleniem szpiku kostnego.

F. Göppert. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia błonicy nosa.**

Er. Schiff. **Kliniczne a anatomiczne rozpoznanie krzywicy.** Zgrubienie części nasadowych i chrząstkowatych kości jest wyrazem jedynie tylko stopnia nasilenia krzywicy i zubożenia tkanki we wapń, lecz idzie też w parze ze zdolnością organizmu łączenia się z wodą. Tak np. u dzieci krzywiczych dobrze odżywionych są nasadki kostne silnie zgrubiałe, podczas gdy u takichże w złym stanie odżywiania często zgrubień nasadek stwierdzić nie można.

E. Nassau. **Spostrzeżenia epidemjologiczne i poronna odra w wczesnym wieku niemowlęcym.** W drugiem półroczu jest bezwzględna skłonność niemowląt do odry i ospówki. Oseski młodsze zapadają nań wprawdzie rzadziej, lecz nie są też zupełnie odporne. Odra u młodszych osesków przebiega chętnie w formie poronnej, tj. albo przy nieznacznie podniesionej ciepłocie z wyraźnemi objawami odry, albo tylko z nieznacznemi objawami katarainemi. Jest wątpliwe, czy te poronne przypadki u młodszych osesków są wynikiem biernej odporności przeniesionej przez krew lub pokarm matki, albowiem okazało się, że wszczepienie surowicy noworodków niemowlętom starszym w okresie inkubacji wedle postępowania Deykwitza na przebieg odry nie miało żadnego wpływu. Tu należy raczej przyjąć niedość rozwinięte zdolności tkanek młodych osesków oddziaływania na zarazek odry.

W. Erfurth. **Kazuistyka zboczeń ucha.**

Hescheles. (Lwów).

Chirurgja.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. T. 33. Z. 4 i 5. 1921.

Karol Nather. **Przyczynek do patologji gruźlicy tarczycy.** Autor omawia 5 przypadków klinicznych, w których u chorych operowanych z powodu wola znaleziono gruzełki prosówkowe lub sprawy gruźlicze rozleglejsze w tarczycy; opisuje następnie własne doświadczenia na świnkach, którym wstrzykiwał do otrzewnej $^1/_{1000}$ mg. kultury prątków oraz koloid wyciśnięty z wola, otrzymanego podczas operacji. Nather nie skonstatował hamującego wpływu tarczycy na rozwój gruźlicy, wywołanej doświadczalnie. Po omówieniu odnośnego piśmiennictwa, trzech postaci bakterjemji (*1. typhobacillose Landouzy*, 2. gruźlica prosówkowa, 3. posocznica gruźlicza w przebiegu mniej lub więcej ciężkiej postaci gruźlicy), Nather przychodzi do wniosku, że gruźlica tarczycy, nie będąca częścią składową gruźlicy prosówkowej, jest oznaką przebytej posocznicy gruźliczej. Niema odporności tarczycy jako narządu w stosunku do gruźlicy.

Leopold Schoenbauer. **Gruźlica chirurgiczna w czasie powojennym; jej leczenie sztucznem słońcem górskiem Bacha i lampą kwarcową Kromayera.** Autor opisuje wyniki leczenia sztucznem słońcem górskiem Bacha i lampą kwarcową Kromayera gruźlicy chirurgicznej w Wiedniu na klinice prof. Eiselsberga. W roku 1919 w porównaniu z r. 1909 zauważyć się daje nadzwyczaj silne wzmożenie się ilości chorych na gruźlicę chirurgiczną, zwłaszcza kobiet; przeważa gruźlica gruczołów w stosunku do gruźlicy kostnej i stawowej. Zwłaszcza przy pierwszej formie ambulatoryjne leczenie światłem dało dobre wyniki, ale i w sprawach stawowych otrzymano wyleczenia i wybitne polepszenia.

Wildegans. **Powikłania chirurgiczne grypy, zwłaszcza ropniaki opłucnej.** Autor daje zestawienie powikłań grypy z powikłaniami chirurgicznemi na zasadzie większego materjału szpitalnego z lat 1918—1920. Operowano 101 ropniaków opłucnej, przyczem w ropie nie wykryto ani razu laseecznika Pfeiffra; śmiertelność silniejsza z początku epidemji wynosiła 35 % przy ropniakach operowanych opłucnej. Pięć razy wystąpiło ropne zapalenie otrzewnej jako powikłanie sprawy opłucnowej. Wildegans omawia stosunek grypy do gruźlicy, opisuje inne powikłania grypy, jak zgorzel płucną, rozstrzenie oskrzelowe, ropnie płuc, zapalenie płuc ropne międzyzrazikowe i t. d. oraz ich chirurgiczne leczenie.

J. de Bruïne Ploos van Amstel. **Colitis haemorrhagica seu colitis ulcerosa.** Autor opisuje cztery spostrzegane przypadki wrzodziejącego zapaleniu kiszki Albu, podkreśla krwawy charakter wypróżnień, jako charakterystyczny, obecność drobnych owrzodzeń w obrazie rektoskopowym oraz zwraca uwagę na obrazy otrzymywane na ekranie po wlewaniach masy kontrastowej do obytnicy. Autor daje dokładne zestawienie piśmiennictwa przedmiotu, przeprowadza różniczkowe rozpoznanie w stosunku do *»enterite phlegmoneuse«* Cheinisse'a, przypadków przewlekłej krwawej biegunki i t. d.; omawia djetę, jaką należy stosować, leczenie preparatami tanniny, glinki, węgla (norit) i t. d., wreszcie leczenie chirurgiczne.

Gundermann i Gerhard Duettmann. **Znaczenie wydalania wody w patologji i rozpoznaniu różniczkowem wrzodu i raka żołądka.** U chorych z wrzodem trawiennym żołądka spotykamy zmniejszenie wydalania wody (próba wodna) przy dobrem wydalaniu soli; przy raku żołądka mamy nieznaczne ilości wydalanej soli; wydalanie wody z początku choroby dobre, później upośledzone. W przewlekłych schorzeniach pęcherzyka żółciowego zachodzą nieprawidłowości w wydalaniu tak wody, jak i soli.

Irena Rothman-Manheim. **Badania składników komórkowych soku żółciowego otrzymywanego przy zgłębnikowaniu dwunastnicy.** O ile przewody żółciowe są prawidłowe i pęcherzyk żółciowy zdrowy, to treść dwunastnicy, otrzymana przy pomocy zgłębnika Einhorna, jest bardzo uboga w komórki. Mamy 1—3 komórek w polu widzenia, przeważnie komórki nabłonka walcowatego, rzadziej białe ciałka krwi, pozatem nabłonki płaskie, wałeczki żółciowe szkliste i ziarniste, komórki kubkowe, śluz, miazgę z rozpadłych komórek. Po wstrzyknięciu 30 ccm. 5 % peptonu w stanach normalnych (druga porcja płynu — żółć pęcherzyka) niema zmiany w osadzie. Przy stanach zapalnych pęcherzyka I porcja płynu normalna, II zawiera duże ilości leukocytów. Przy żółtaczce nieżytowej następuje zwiększenie ilości nabłonków walcowatych. Jeśli płyn z dwunastnicy nie zawiera zupełnie żółci, to mamy do czynienia z zamknięciem światła przewodu żółciowego wspólnego.

Ernst O. Schmidt. **O chorobie Basedowa.** Autor badał wzór krwi oraz leukocytozę po zastrzyku aolanu u chorych na chorobę Basedowa, ale nie znalazł wybitnych różnic w stosunku do innych schorzeń tarczycy. Zato przy badaniu koloidów surowicy według metody Kottmann'a otrzymał wybitne różnice, pozwalające na wyosobnienie choroby Basedowa, jako jednostki chorobowej od innych schorzeń tarczycy. Gdy u chorych z obrzękiem śluzowatym i chorych tyreoidycznych odczyn (wypadanie metalicznego srebra z roztworu po naświetlaniu i dodaniu roztworu hydrochinonu) następował w ciągu kilku minut, u chorych na chorobę Basedowa dopiero po 4—5 godzinach. W chorobie Basedowa mamy zwiększone ilości soli w surowicy, a w przypadkach tyreotoksycznych zmniejszenie ich w stosunku do prawidłowego stanu. *A. Stefanowski.* (Warszawa).

Journal de Chirurgie.
N. 6. 1921.

Sencert i Ferry. **Oderwanie pętli jelitowej od krezki, pochodzenia urazowego.** Opis dwóch przypadków; w pierwszym 9-letni chłopiec uległ przygnieceniu do ziemi przez wózek automobilowy, na skutek czego oprócz uszkodzeń zewnętrznych uda doznał rozerwania tętnicy śledzionowej, pęknięcia trzustki i oderwania pętli jelita cienkiego od krezki na przestrzeni 20 centymetrów, przyczem pętla sama uległa rozdarciu. Tętnicę śledzionową podwiązano, przedartą trzustkę obszyto, a pętlę jelita cienkiego, leżącą w najbliższem sąsiedztwie dwunastnicy, wycięto. Zabieg ten wykonany w 3—4 godziny po wypadku dał zupełnie dobry wynik. W drugim przypadku 49-letni mężczyzna uległ zgnieceniu przez pełną 200 litrową beczkę. Początkowo czuł się dobrze, próbował nawet dalej pracować, z powodu jednak znacznych tępych bólów w brzuchu udał się wozem (20 kim.) do szpitala, gdzie nie znaleziono wskazań do operacji, dopiero po upływie 40 godzin od wypadku wyraźnie wystąpiły objawy otrzewnowe: napięcie mięśni, wzdę-

cie, zmniejszenie stłumienia wątroby, brak stolców i wiatrów, jednak brak wymiotów. T. 38. Puls 110. Operacja wykazała oderwanie od krezki jelita cienkiego na przestrzeni 30 cm.; na całej tej przestrzeni pętla uległa zgorzeli. Pętlę tę stanowiącą dolny odcinek jelita cienkiego, wycięto, obydwa końce jelita wszyto w dolny kąt rany, do Douglasa włożono dren, po upływie trzech tygodni od operacji wytworzono prawidłowe krążenie mas kałowych w kiszkach zapomocą enterotrib'u Dupuytrena, poczem przetokę kałową zaszyto. Wyzdrowienie.

Lenormant. **O padaczce urazowej i jej leczeniu.** Na podstawie obszernych statystyk francuzkich i obcych autorów, L. dochodzi do wniosku, że częstość padaczki po urazie wzrasta w miarę długości okresu obserwacji, znane są np. przypadki, gdzie padaczka wystąpiła dopiero w 2 lata po urazie. Co się tyczy rodzaju urazu, to powodujące rozległe zniszczenie mózgu (odłamki granatów) dają rzadziej obraz padaczki, aniżeli urazy drobne (kule karabinowe), uchodzące nieraz uwadze chirurga. Obecność ciał obcych w mózgu może powodować padaczkę, o ile ciała te tkwią powierzchownie blizko kory, lub też w samej korze; nieudałe próby usunięcia, powodując obrażenie kory mózgowej, działają podobnie; ciała obce głęboko tkwiące, wgojone, są często tolerowane. Doniosłe znaczenie w powstawaniu padaczki odgrywa sposób pierwszego zaopatrzenia rany mózgu: metoda, zdążająca do szybkiego, aseptycznego zagojenia rany daje najlepsze wyniki; należy części zewnętrzne rany oczyścić, brzegi wyrównać, odłamki usunąć i ranę zaszyć, aby zapobiedz następowemu zakażeniu tkanek przez pocisk w swej odporności upośledzone; oto wytyczne leczenia zapobiegawczego padaczki urazowej. W przypadkach padaczki urazowej można stwierdzić zmiany patologiczne w kościach czaszki, w oponach mózgu i w samym mózgu. Bywają jednak przypadki, i to dość częste, gdzie makroskopowo żadnych zmian wykazać nie można, dopiero analiza histologiczna stwierdza ich obecność w mózgu i płynie mózgowordzeniowym. Operować należy nie zawcześnie, bywają bowiem przypadki, że po jednym napadzie padaczkowym więcej ich nie bywa; nigdy nie jest zapóźno, na 39 przypadków, operowanych w 10 lat od początku napadów, w 22 otrzymano wynik dodatni. Stan padaczkowy jest przeciwwskazaniem do zabiegu, należy operować pomiędzy napadami, wyjątkowo, ze wskazań życiowych, można operować i w czasie trwania *status epilepticus*. Operację należy wykonać w obrębie zmian dostrzeganych na czaszce, w braku tych, można wykonać trepanację dekompresyjną, w okolicy skroniowej prawej. Przy stwierdzeniu zmian w kości, należy je usunąć, jak również i odłamki tkwiące w mózgu.

Zbliznowaciałe opony mózgowe należy ostrożnie odpreparować, nie uszkadzając mózgu. W przypadkach, gdzie nie stwierdza się zmian w mózgu, a objawy kliniczne przemawiają za obecnością zmian w pewnych ściśle dających się oznaczyć ośrodkach, można usunąć powierzchowną warstwę (8—10 milimetrów) kory mózgowej. O wartości pokrywania ubytków w oponie twardej drogą auto i hetero-plastyki wyraża się L. sceptycznie, najczęściej przeszczepiona tkanka zamienia się w bliznowatą. Co się tyczy wypełniania ubytków kostnych czaszki, to nie należy ich pokrywać bezpośrednio po zabiegu na oponach lub mózgu, należy odczekać (1—2 lata), a potem dopiero, o ile nawrotu padaczki niema, pokryć drogą plastyki Mayet'a (płat okostnowo kostny z sąsiedztwa zwrócony okostną do mózgu). Na podstawie dotychczasowych wyników L. wyraża się o operacyjnem leczeniu padaczki urazowej, że jest to zabieg mało niebezpieczny, często pożyteczny, rzadko kiedy uzdrawiający, wyjątkowo szkodliwy, wobec czego należy się do niego udawać, gdy leczenie wewnętrzne okaże się bezskutecznem.

Z. 1. 1922

Gosset i Charrier. **Wyniki ostateczne pokrywania plastycznego ubytków pni nerwowych.** Na 99 przypadków plastyki pni nerwowych, zebranych przez autorów w piśmiennictwie francuskiem, operacja wytwórcza okazała się w 17 przypadków zdaniem autorów jako »pozytywna«. Jeżeli porównać tą metodę operacyjną ze zwykłem zeszyciem pnia nerwowego, to ostatni zabieg daje bez porównania lepsze wyniki, bo wedle zestawienia autorów około 40 %. Autoplastyczne pokrycie ubytków pni nerwowych dało około 30 % dodatnich wyników, homoplastyczne około 20 %, heteroplastyczne zaś około 9 %. Ta ostatnia metoda dawała odmienne wyniki, zależnie od tego, czy używano odcinków pni nerwowych zwierząt (psa i królika) utrwalanych w alkoholu, czy też świeżych; w pierwszym przypadku wyniki dodatnie występowały zaledwie w 2 % przypadków, w ostatnim około 30 %.

Lamas i Prat. **Torbiele jamy brzusznej o typie puchlinowym** (*a type ascitique*). Torbiele te wychodzą pierwotnie z powłok jamy brzusznej (z mięśni lub tkanki przedotrzewnowej), wzrastając, zajmują znaczną przestrzeń na przedniej ścianie powłok brzusznych, niespotykając oporu ze strony luźnej tkanki przedotrzewnowej, równomiernie rozszerzają się we wszystkich kierunkach i odpychają trzewia brzuszne w tył do kręgosłupa, naśladując puchlinę brzuszną. Wśród opisanych przez autorów 6 przypadków, zawartość tych torbieli dochodziła od 8 do 35 litrów, bywała ona surowiczą lub ropną. Wyłuszczenie tych torbieli okazało się zabiegiem zbyt ciężkim dla chorych, zwykle znacznie wyniszczonych (2 zejścia śmiertelne na 5 przypadków), wobec czego autorzy zalecają tylko drobne nacięcie, celem opróżnienia torbieli, wykonane w znieczuleniu miejscowem; jama sączkowana uległa zarośnięciu po dłuższym czasie (do kilku miesięcy). Patogeneza tych torbieli jest dla autorów niejasną; uważają oni za możliwe, że są to twory pierwotnie śródotrzewnowe, »wydalone« przez ochronne działanie otrzewnej; wskazują na to ich zdaniem zrosty pomiędzy ścianą torbieli i krezką, spotkane w jednym przypadku sekcyjnym. *T. Ostrowski.* (Lwów).

Choroby kobiece i położnictwo.

Johns Hopkins Hospital Bulletin.

Wrzesień 1921 r.

Shaw. **Ciąża po wszczepieniu końca zewnętrznego jedynego jajowodu.** Przed trzema laty 35-letniej kobiecie z przyczyny bliżej nieznanej usunięto prawy jajowód wraz z jajnikiem. W kwietniu 1919 operowana z powodu ciąży jajowodowej tuż przy lewym rogu (ciąża śródmiąższowa). Wycięto róg macicy wraz z połową dośrodkową jajowodu, którego pozostałość obwodową długości jednego cm. wszczepiono w miąższ macicy. W marcu 1921 roku kobieta, o której mowa, była w siódmym miesiącu ciąży. Notabene okazało się łożysko przodujące i przedwczesny poród z martwym płodem. Przypadek powyższy dowodzi niewątpliwej słuszności poglądu Cullen'a, radzącego, by się obchodzić jaknajoględniej nawet ze szczątkami przydatków.

The Lancet.

15. X. 1921.

Rundle. **Nowy sposób leczenia przewlekłego nieżytu szyjki i błony śluzowej macicy.** Wiadomo dobrze, ile trudności nastręcza leczenie powyższych cierpień. Tłem ich zazwyczaj jest zakażenie rzerzączkowe. W przypadkach zapuszczonych, z którymi — niestety — najczęściej ma lekarz do czynienia, istnieje już zakażenie mieszane. Metoda zastosowana przez Rundlego polega na codziennem wprowadzaniu świeczek pochwowych zawierających 1% intraminy (*di-ortho-diamino-thio-bensen*) w stearynie. Czopek pozostaje przez całą noc; rano stosuje się przemywanie siarczanem cynku (1 : 1000). Chore umieszczano na stałe w szpitalu. Już po tygodniu odpływy ginęły, a dalsze leczenie doprowadzało wkrótce (kiedy? — przyp. ref.) do wyleczenia w sensie nie tylko klinicznym, lecz i bakteryjnym. Nb.: intraminy niemożna stosować do światła szyjki, gdyż w tym razie działa nazbyt żrąco.

Choroby skórne i weneryczne.

Annales de Dermatologie et syphiligraphie.

Nr. 7. 1921.

Thibierge i Legrain. **Ichthyosis foetalis.** Autorzy odróżniają rybią łuskę wrodzoną, klinicznie widoczną już w chwili przyjścia na świat dziecka, od rybiej łuski pospolitej, przy której wrodzoną jest tylko skaza chorobliwa tkanek, ujawniająca się w wykwitach typowych znacznie później; *ichtyosis foetalis* byłaby formą dobrotliwą odpowiadającą *keratoma malignum congenitale*. W opisanych 4 przypadkach

nie zdołano wykryć czynnika dziedziczności; 3 z pomiędzy nich różniły się od rybiej łuski pospolitej znacznie wybitniejszą hyperkeratozą, na tle — niezawsze — żywo zaczerwienionem. Opisywanych przez Brocq'a pęcherzy nie spostrzegano. Zgięcia stawów były stale zajęte. Leczenie maścią salicylową w jednym z przypadków dało wynik dobry, pozostawiając podłużne powierzchowne blizenki na konturach zarysowanych wyraźniej pól skórnych. Autorzy nie zgadzają się na przyłączenie do opracowanej przez nich postaci chorobowej postaci innej, opisanej dawniej przez Thibierge i Giovannini, gdzie było zrogowacenie nadmierne rozsianych pól na skórze, ani *keratoma palmare et plantare*, występującego na wyspie Meleda.

Audry i Chatelier. **Kiła bez znanych wrót zakażenia z natychmiastowem zajęciem gruczołów chłonnych.** Pomijając kliniczną możliwość zaszczepienia kiły w obieg krwi bez okolicznego obrzmienia gruczołów, autorzy opisują 5 przypadków, w których wrzodu pierwotnego nie można było wykazać, a jako pierwszy objaw wystąpiło ropne zapalenie gruczołów pachwinowych. Odczyn Wassermanna silnie dodatni. Autorzy przypuszczają albo wtargnięcie jadu wprost do dróg limfatycznych, albo wrzód pierwotny niedostrzegalnie mały.

Lenormant. **Nowy przypadek pachydermia vorticellata skóry owłosionej głowy.** Autor opisuje operowany przez siebie przypadek niezwykłego zgrubienia owalnej przestrzeni skóry owłosionej na potylicy 9-letniego dziecka. Zmiana skórna o nierównej powierzchni poprzerzynanej głębokiemi rowkami istniała od urodzenia. Zabieg chirurgiczny polegał na usunięciu płata skóry zmienionej i plastycznem zastąpieniu go płatem Thierscha, przeszczepionym z uda. Wynik kosmetyczny dobry.

Pomaret i Think. **Spostrzeżenie o wstrzykiwaniach śródżylnych urotropiny w leczeniu kiły.**

Ravaut i Rabeau. **Przypadek kiły drugorzędnej, leczonej wstrzykiwaniami śródżylnemi urotropiny.** Obie rozprawki zawierają krytykę leczenia kiły urotropiną, którego wyniki, rzekomo dodatnie, przedstawił w r. 1920 Denutreses w Bukareszcie. W jednym przypadku 6, w drugim 13, w trzecim 12 wstrzyknięć urotropiny (średnio po 2.5 dziennie) nie wywołało ani ustąpienia zmian klinicznych, ani usunięcia krętków w wydzielinie guzków, wykazywanych ultramikroskopem. Wyniki te wykluczają skuteczność urotropiny w kile.

Nr. 8—9 1921.

Thibierge i Legrain. **Ichthyosis foetalis.** (Ciąg dalszy). Patrz wyżej.

Malherbe. **Pityriasis rubra gravis.** Autor opisuje przypadek tego rzadkiego we Francji schorzenia, które rozwijało się przed lat 12 z bardzo uporczywym świądem. Chora zmarła wskutek charłactwa. Wśród przebiegu spostrzegano występowanie wykwitów guzkowych na szyji i rękach, podobnych do tuberkulidów, ulegających wessaniu lub rozpadowi. Badanie krwi wykazało mierną niedokrwistość, badanie histologiczne obraz typowy. Ustaliwszy niewątpliwie rozpoznanie, autor wyraża zdanie, że prawdopodobnie łupież czerwony (*pityriasis rubra*) należy uważać za wtórne schorzenie przy towarzyszącej mu zawsze gruźlicy, nie jak Audry, za erytrodermję w związku z białaczką.

Laurentier. **Erythrodermia exfoliativa maligna z zatrucia.** Przypadek autora wykazywał erytrodermję z początku pod postacią wyprysku, później uogólnioną, łuszczącą się silnie, wreszcie wiodącą do ogólnego brunatnego przebarwienia skóry. Świąd bardzo uporczywy, zejście śmiertelne skutkiem charłactwa. Jako przyczyna mogły wchodzić w rachubę zatrucie rtęcią lub arszenikiem, zaczem przemawiały zmiany w wątrobie.

Ravaut i Rabeau. **Szczególna postać grzybka strzygącego na paznokciach.** Zmiany w tym przypadku dotyczyły paznokci dwóch palców prawej ręki i przedstawiały się jako białe drobne plamki. Odpiłki z tych miejsc dały hodowlę grzybka strzygącego. Leczenie przez spiłowywanie plam i pędzlowanie jodem w alkoholu dało szybko wynik dodatni. Innych objawów klinicznych na skórze ani włosach nie było.

Dyboski (Kraków).

Zeitschrift f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
T. 20. Z. 1. 2.

K. Langowski. **Statystyka chorób wenerycznych kliniki dermatologicznej w Lipsku w latach 1911—1919 i wpływ wojny.** Str. 1—14. Część I.

Scharfe. **W sprawie kontroli nad prostytutkami.** Str. 17—19. Autor jest zwolennikiem reglamentacji, jednak uważa za rzecz konieczną, aby kontrolę sanitarną nad prostytutkami oddać w ręce lekarzy-urzędników, a nie policji.

Gsell. **Ankieta w sprawie szerzenia się chorób wenerycznych w Szwajcarji.** Str. 20—24. Opis sposobu zbierania danych statystycznych chorób wenerycznych za czas 1. X. 1920 r. do 30. IX. 1921 r. urządzonego staraniem szwajcarskiego Towarzystwa walki z chorobami wenerycznemi. W kantonie zurychskim i St. Gallen statystyka zbierana będzie przymusowo.

Gsell. **Zarządzenia gmin przeciw partactwu leczniczemu w Bawarji, Hesji (przeciw aptekarzom i drogistom) Sachsen-Weimar, w prowincji nadreńskiej i Würtembergji.**

T. 20. Z. 3. 4.

E. Finger. **Lekarskie pozwolenie na małżeństwo.** Str. 49—53. Finger wobec żądania jednego z radnych miasta Wiednia, by zaprowadzono świadectwa lekarskie przed zawieraniem małżeństw, zajmuje stanowisko przeciwne. Świadectwo takie może mieć tylko znaczenie w warstwach społeczeństwa, gdzie stosunek płciowy odbywa się tylko u małżonków. Wiele jednak par narzeczonych utrzymuje stosunki płciowe i przed ślubem i gdyby w tych przypadkach nawet nastąpiło zakażenie, to odmowa świadectwa i tak pociągnęłaby za sobą współżycie w konkubinacie. Świadectwo lekarskie ma znaczenie tylko do chwili, w której było wydane. Świadectwo wydawać powinien lekarz leczący, gdyż łatwo może chory rozmyślnie wprowadzić w błąd lekarza, po raz pierwszy badającego chorego (kiła wczesna utajona). Również i w razie prawdomówności chorego, ujemny wynik w kierunku kiły i wiewióra, nie stanowi zupełnej pewności. Stąd też wartość świadectwa zdrowia jest wątpliwa.

Pinkus i Loewenstein. **Projekt postępowania przy wykonywaniu warunków potrzebnych dla uzyskania pozwolenia na zawarcie małżeństwa.** Str. 54—67. Pozwolenie lekarskie na zawarcie małżeństwa żądane przez Schuberta, może mieć wtedy tylko wartość, gdy jest przymusowe, a nie dobrowolne. Jednak ustawa taka może pociągnąć za sobą niechęć do małżeństwa i przyrost związków nielegalnych. Zawarcie małżeństwa jest sprawą czysto prywatną i dla wielu związków sprawa potomstwa nie odgrywa żadnej roli. Nie tylko od mężczyzn, ale i od kobiet należy żądać świadectw lekarskich. Autorowie podają szczegółowo sposób postępowania przy badaniu chorych w kierunku chorób wenerycznych, żądając od chorego deklaracji, że dał zupełnie prawdziwe odpowiedzi na pytanie lekarza, i że zezwala na zbadanie ewentualne szczegółów, które podał podczas badania.

K. Langowski. **Statystyka chorób wenerycznych kliniki dermatol. w Lipsku za lata 1911—1919 etc.** Str. 68—78. Statystyka ta jest dalszym ciągiem statystyk Einhausa i Frühwalda i Weilera. Liczba leczonych chorych wenerycznych za okres 1911—1919 wynosiła 13.724, w tem 6.317 mężczyzn, 7.033 kobiet i 374 dzieci. W porównaniu z poprzedniemi statystykami, zauważył autor przyrost chorób wenerycznych w tych warstwach społeczeństwa, które dotychczas były oszczędzane. Nawet w najmniejszych miejscowościach pojawiły się przypadki chorób wenerycznych. Statystyka lipska wykazuje znaczny przyrost chorych kobiet zamężnych, jak również i tajnych prostytutek (wpływ jarmarków lipskich). Jako środki zaradcze, uważa autor za konieczne porozumienie się wspólne reglamentarystów i abolicjonistów.

F. Walter (Kraków).

Otjatrja i laryngologja.

Archiv f. Ohrenheilkunde.
T. 108. Z. 3/4.

Lederer. **Przyczynek do anatomji patologicznej nabytej głuchoniemoty.**

Brock i Zumbroich. **Zaburzenia w gojeniu rany po**

wydłótowaniu wyrostka sutkowego wskutek próchnienia kości.

B l e y e l. **Czynnościowe znużenie narządu słuchowego.** Czynnościowe znużenie narządu słuchowego występuje w każdym przypadku; znużenie to jest znaczniejsze przy zmianach w uchu wewnętrznem i przy stanach nerwowego wyczerpania, jakoteż przy neurastenji i histerji.

K o b r a k. **Fizjologiczne, czy fizyczne tłómaczenie oczopląsu cieplikowego.**

E s c h. **Schorzenia narządu przedsionkowego we wczesnym okresie kiły.** Przy wszystkich zachorowaniach nerwu słuchowego najczęściej część słuchowa podlega wyłącznie lub przeważnie schorzeniu; przypadki, w których część przedsionkowa przeważnie lub wyłącznie okazuje zmiany, są rzadkie. Przytacza dwa przypadki, w których we wczesnym okresie kiły, wystąpiło upośledzenie słuchu i zupełna niepobudliwość narządu przedsionkowego. Pod wpływem kombinowanego leczenia jodem, rtęcią i salwarsanem, nastąpiła w obydwu przypadkach poprawa słuchu; co zaś do narządu przedsionkowego, to w jednym przypadku nie było najmniejszej poprawy, w drugim prawidłowa pobudliwość wróciła.

F r ü h w a l d. **Przyczynek do kazuistyki guzów przedsionka nosa.** Przypadek rozległego raka nosa, który rozwinął się szybko z brodawki, umiejscowionej na przejściu przegrody skórnej w prawe skrzydełko nosowe; brodawka istniała bez zmiany 12 - 15 lat. Drugi przypadek z temsamem umiejscowieniem okazuje nowotwór, którego badanie drobnowidowe wykazało utkanie brodawczaka na granicy między dobrotliwym a złośliwym.

S p e c h t. **Przypadek raka błony śluzowej przy skórze pergaminowej barwikowej.** (*Xeroderma pigmentosum*). Przypadek raka jamy nosowej, nie nadający się do operacji, w którym leczenie za pomocą radu dało wynik zadawalający.

B i r k h o l z. **Operacja torbieli zębowych sposobem Denkera.** Przemawia za operacją torbieli zębowych sposobem D e n k e r a. Przytacza przypadki, w których w krótkim czasie nastąpiło wyleczenie.

R a m d o h r. **Powikłania wewnątrzczaszkowe, pochodzące z bocznych jam nosa.** R a m d o h r podaje dwa przypadki zapalenia ropnego jamy kości klinowej, w których ropienie przeszło na opony mózgowe, zniszczywszy poprzednio kość; w jednym przypadku był prócz tego zakrzep zatoki jamistej. Obydwa przypadki skończyły się śmiercią. Trzeci przypadek dotyczył chorego z przewlekłem ropieniem jamy czołowej i jam sitowych, u którego wystąpiły objawy surowiczego zapalenia opon z napadami czuciowej padaczki J a c k s o n a. W przypadku tym zatoki boczne były operacyjnie otwarte. Przypadek skończył się wyleczeniem. *Zalewski* (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 1 rok 1922 (Miesięcznik)). S k ł a d k o w s k i: Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem 25. II 1831 r. — W a s i l e w s k i: Epidemja dżumy płucnej na Dalekim Wschodzie w 1921 r.

Pedjatrja Polska. K r a m s z t y k: Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Korybucie Daszkiewiczu. — St. P r o g u l s k i: O potrzebie zakładania poradni dla dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną.—R o z e n b l u m ó w n a: O klinicznym przebiegu spóźnionej krzywicy pod wpływem wrodzonego odżywiania. — E r l i c h ó w n a: Z patologji przyusznicy. — F r e n k l o w a: Dwa przypadki samoistnej zgorzeli kończyn u dzieci.

Nowiny Lekarskie. Z. 2. A. J u r a s z sen.: O ewolucyjnych i inwolucyjnych zmianach krtani w obrazie klinicznym. — K o w a l s k i: Rachiotomja. — S z u l c z e w s k i: Badanie dzieci w hipnozie. — A. W r z o s e k: Wydział lekarski Uniwersytetu Poznańskiego w pierwszym roku swojej działalności. — B. Ż m i g r ó d: Zapobieganie szkodliwościom wywołanym stosowaniem salwarsanu.

Przegląd Epidemjologiczny. Wyszedł zeszyt 6-ty, Tomu I. „Przeglądu Epidemjologicznego". Zeszyt ten, bogaty w treść, objętości 140 stronic, z licznemi wykresami i tablicami, obejmuje szereg prac z dziedziny serologji i bakterjologji. — L. H i r s z f e l d i J. S e y d l ó w n a: Z bakterjologji durów rzekomych.— S. S i e r a k o w s k i: O znaczeniu i metodach określania koncentracji jonów wodorowych. — L. H i r s z f e l d i F. P r z e s m y c k i: Badania nad aglutynacją normalną: O izoaglutynacji u koni. — R y w o s z: O katalizie wody utlenionej przez bakterje; L. A n i g s t e i n: Badania serologiczne nad pierwotniakami. — L. A n i g s t e i n i Z. M i l i ń s k a: Badania nad żółtaczką paratyfusową. — M. G a n z: Gruźlica w Warszawie. — A W a s i l e w s k i: Epidemja dżumy płucnej na Dalekim Wschodzie w 1921 i in.

W następnym numerze „Przegląd Epidemjologiczny" zapowiada druk sprawozdania z działalności Nadzwyczajnego Komisarjatu do Walki z Epidemjami, pióra Nacz. Nadzw. Kom. prof. dr. E. G o d l e w s k i e g o i Dr. Z. S c h i n z l a. „Przegląd Epidemjologiczny" wydany jest staraniem Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Warszawie.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Schnirer. T a s c h e n b u c h d e r T h e r a p i e. Leipzig 1922. (Curt Kabitzsch). Wydanie 18. stron 450. Cena (opr.) 40 marek niemieckich.

Wydawnictwo dr. S c h n i r e r a, redaktora tygodnika „Klinisch-terapeutische Wochenschrift", ma charakter t. zw. kalendarzyka lekarskiego, a dzięki starannemu opracowaniu współzawodniczy pomyślnie z innemi wydawnictwami niemieckiemi tego rodzaju. Na czele zawiera przegląd terapeutyczny za rok ostatni, pozwalający szybko zorjentować się w najnowszych postępach lecznictwa w różnych krajach. Prócz podręcznika terapeutycznego (alfabetycznie wedle chorób) i rozdziału o najużywańszych lekach, oraz zwykłych tabel (dawki, waga i wzrost, tablica brzemienności i t. p.) zawiera wydawnictwo S c h n i r e r a osobny rozdział o kosmetyce, o tuberkulinie, szczepieniach ochronnych, odżywianiu niemowląt itp. Całość mogłaby posłużyć za wzór dla podobnych wydawnictw polskich. *R.*

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXVIII. Posiedzenie z dnia 28 grudnia 1921.

Przewodniczy kol R o s n e r. Członków obecnych 52. Na porządku dziennym wybory do Zarządu Towarzystwa.

Kol. K o s t a n e c k i, jako przewodniczący komisji przedwyborczej, w myśl uchwały tejże, przedstawia, aby na miejsce administratora „Przeglądu Lekarskiego", który to urząd wskutek zwinięcia wydawnictwa przestaje istnieć, wybrać dla dopełnienia liczby członków zarządu dodatkowo jednego członka zarządu, któryby pełnił obowiązki drugiego redaktora. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto. Na przewodniczącego w myśl uchwały komisji przedwyborczej kol. K o s t a n e c k i przedstawia ponowny wybór kol. R o s n e r a. Zebrani przyjęli powyższy wniosek przez aklamację. Kol. R o s n e r dziękuje kolegom za pokładane w nim zaufanie, wyboru jednak przyjąć nie może. Ma tyle obowiązków jako profesor i dyrektor kliniki, połączonych zwłaszcza z wydawaniem podręcznika ginekologji i budową nowej kliniki, że musiałby zaniedbywać swe obowiązki prezesa Tow. lekarskiego, prosi przeto, aby koledzy zechcieli wybrać kogo innego.

Kol. K o s t a n e c k i stawia kandydaturę na przewodniczącego kol. W o y c i e c h o w s k i e g o B r u n o n a, na zastępcę przewodniczącego kol. W a l t e r a F r a n c i s z k a, na sekretarza dorocznego kol. W y s o c k i e g o P i o t r a, na drugiego redaktora kol. L e n a r t o w i c z a J a n a. Wszystkie powyższe kandydatury jednogłośnie przyjęto. Reszta członków Zarządu, t. j. skarbnik, komisja kontrolna, redaktor i komitet redakcyjny, bez zmian.

Szancenbach.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

II. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 20 stycznia 1922 r.

Przewodniczy kol. F r a n k e. Obecnych 78 i 3 gości.

1) Kol. M o s t o w y przedstawia pomyślny wynik leczenia chirurgicznego u kobiety P. S. lat 31., cierpiącej od 6 lat na chorobę Basedowa. Stan chorej przed operacją: w początkach silne ogólne zdenerwowanie, uderzenia krwi do głowy, biegunki, znaczne chudnięcie a następnie wybitna niemiarowość i przyśpieszenie tętna (120—130); znacznego stopnia rozlane powiększenie tarczycy z wybitnem tętnieniem i szmerami wyczuwalnemi; silny wytrzeszcz gałek ocznych; objaw Graefego dodatni; drżenie kończyn. 30. XII. 1921 operacja: podwiązanie 4 tętnic, wycięcie obu płatów bocznych wola z pozostawieniem odpowiedniej ilości tkanki gruczołowej, a zupełne usunięcie płatu średniego. W 17 dni po operacji stan następujący: zmniejszenie wytrzeszczu; objaw Graefego lekko zaznaczony; tętno stale około 88. dobrze napięte, miarowe; brak drżenia kończyn; objawy ogólnego zdenerwowania ledwie zaznaczone; przybytek na wadze około $1^1/_2$ kg. Przypadek ten potwierdza wyniki K o c h e r a i wskazuje na to, że w chorobie Basedowa należy dążyć do operacji jak najwcześniejszej i jak najradykalniejszej.

W dyskusji kol. R e n c k i podnosi znaczenie leczenia klimatycznego i twierdzi, że do zabiegu operacyjnego w chorobie Basedowa należy uciekać się dopiero po wyczerpaniu leczenia wewnętrznego. Przypomina przytem dobre wyniki uzyskane przez Slęka w 30 przypadkach operowanych przez niego i przypadek Rydygiera, w którym jednak w 7 lat po operacji nastąpił nawrót choroby. W tym przypadku Rydygier wykonał tylko podwiązanie naczyń bez resekcji. Kol. P i s e k podnosi dodatni wpływ leczenia górskiego, jak i jodowego według Kochera, który w ostat-

nich latach poleca noszenie na piersiach kryształków jodu w malutkiem drewnianem pudełku. Kol. Dawidowicz, który na podstawie własnego doświadczenia wątpliwie zapatruje się na chirurgiczne leczenie choroby B., i kol. Meisels, który wskazuje na niejasność powstawania zrostów na tylnej ścianie tarczycy po naświetlaniu roentgenowskim. Ze względu na rodzaj używanych promieni nie powstają zrosty pod ich wpływem. Kol. Mostowy omawia raz jeszcze statystykę Kochera, opartą na 1,100 przypadkach operowanych, który doszedł do wniosku, że zabiegi późne nie mają rezultatu lub tylko przemijający.

2. Kol. Rencki przedstawia:

a) Przypadki ciężkiej niedokrewności: pierwszy **niedokrewności złośliwej typu Biermera**, drugi **pochodzenia kiłowego**. Omawiając objawy kliniczne oraz zmiany krwi przy niedokrewności złośliwej, podnosi R. znaczenie rozpoznawcze nowszych objawów, jak: wzmożenie wskaźnika objętościowego ciałek czerwonych, ciemno-złocisto-żółtego zabarwienia surowicy ,krwi zwiększonej ilości bilirubiny surowicy, zmniejszenia monocytów do 1—0% i pojawiania się ich młodych postaci oraz silnej segmentacji jąder ciałek neutrofilnych, wreszcie podkreśla podwyższenie wskaźnika katalazy krwi. Tym wszystkim warunkom odpowiada przypadek pierwszy ze wskaźnikiem katalazy 14·5, nieodpowiada zaś przypadek drugi ze wskaźnikiem katalazy normalnym 4·8.

W przypadku pierwszym osiągnięto znaczniejszą poprawę dopiero od chwili wstrzykiwania śródmięśniowego mleka przy następowem podawaniu arsacetyny ($3 \times 0{\cdot}05$), w drugim poprawa postępuje przy leczeniu specyficznem.

b) Przypadek **mięsaka żołądka** u osobnika, u którego przypadłości żołądkowe trwają od $2\frac{1}{2}$ miesiąca. W treści żołądkowej stwierdzono mniejsze wartości HCl; w krwi zmniejszenie hemoglobiny przy prawidłowej liczbie i jakości ciałek czerwonych. Nowotwór tworzy liczne przerzuty do wątroby i gruczołów jamy brzusznej, nadto bardzo liczne przerzuty wielkości grochu do jaja kurzego w skórze klatki piersiowej i brzucha. Przyrodę mięsakową nowotworów potwierdziło badanie drobnowidowe guzków skóry.

W dyskusji ad a) kol. M. Selzer przypomina przypadki swoje i przypadki kol. Gluzińskiego i Szczepańskiego, ale na tle gruźliczem, typowej niedokrwistości wtórorzędnej. W dyskusji nad mięsakiem kol. Łukasiewicz podnosi, że rozpoznał u przedstawionego chorego guzki skórne jako przerzut mięsaka. Kol. Nowicki wyjaśnia obraz drobnowidowy wyciętego guzka i podaje charakterystykę mięsaków żołądka.

3. Kol. Czyżowska przedstawia przypadek ciężkiego **zmiękniecia kości** u kobiety 57-letniej. Pierwsze objawy cierpienia wystąpiły przed dwoma laty i doprowadziły do bardzo znacznych zniekształceń szkieletu, zwłaszcza w zakresie kończyn dolnych. Badanie przypadku roentgenem wykazuje znaczne odwapnienie kośćca, i to w zakresie kości miednicowych i udowych, gdzie warstwa korowa jest zcieńczała do 1 mm. W kościach udowych widać szereg złamań poprzecznych. Momentem etjologicznym w tym przypadku mogłoby być zaburzenie w odżywianiu wobec tego, że chora przez sześć miesięcy żyła w Rosji w bardzo złych warunkach odżywiania. W zakresie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, szczególnie w tarczycy, na których rolę w powstawaniu zmiękniena kości wskazuje Hoennicke, u chorej zmian nie można wykazać.

W dyskusji kol. Franke przytacza ze swego doświadczenia przypadek podobny, w którym sprawa chorobowa rozpoczęła się w następstwie zapalenia miedniczek nerkowych na tle lasecznika okrężnicy i podnosi znaczenie czynnika infekcyjnego w etjologji. Kol. Schramm przypomina zanik kości na tle głodowem. Kol. Nowicki zapytuje, czy prelegentka w celach leczniczych stosowała adrenalinę.

4. Kol. Grek przedstawia trzy przypadki **twardziny skóry** (*Sklerodermia*). Przypadek pierwszy dotyczy kobiety 22-letniej, u której zmiany na skórze przeszły w okres trzeci, tj. zanikowy. W przypadku drugim, u kobiety 50-letniej i mężczyzny 52-letniego, zmiany w skórze przedstawiają się pod postacią obrzęku i stwardnienia. Leczenie w przypadku pierwszym fibrolizyną i adrenaliną pozostało bez wyniku. Obecnie we wszystkich trzech przypadkach zastosowano pełną dawkę drażniącą (*Reizdosis*) promieni Roentgena na grasicę w myśl Hammera, aby przez podrażnienie grasicy uzyskać poprawę czynności gruczołu tarczowego. W pierwszym i trzecim przypadku na razie wyniku leczniczego dopatrzeć się nie można, w przypadku drugim wyraźna podmiotowa poprawa, jak również pewne zwiotczenie skóry chorobowo zmienionej. Poprawę zauważyć można, aczkolwiek brak w tym przypadku powiększenia tarczycy, który to gruczoł jest tylko macalny jako wązka, twarda listewka. W przypadku trzecim, prócz charakterystycznych dla twardziny zmian na skórze i zaników mięśni śródręcza obu rąk, stwierdzić również można obniżenie czucia na dotyk, ból i temperaturę w obrębie nerwu trójdzielnego po stronie lewej, wyraźne zaniki mięśni kończyn górnych wraz z obniżeniem siły mięśniowej. zaniki mięśni łuku barkowego, wyraźnie odstającą łopatkę prawą. Zmiany te nie są charakterystyczne dla twardziny skóry, budzą raczej podejrzenia na rozwijające się równocześnie inne cierpienie w układzie nerwowym środkowym (jamistość rdzenia?)

W dyskusji kol. Demianowski przytacza prace Lewina i Hellera, w których autorowie starają się wykazać, że rozłożenie zmian na skórze odpowiada odcinkom rdzenia. Przy twardzinie stwierdza się często dodatnią próbę Wassermanna i eozynofilję. Kol. Łukasiewicz podnosi, że w przypadkach przedstawionych skóra jest wprawdzie deskowato twarda, ale ścieńczała. Leczniczo poleca jod do 10 gr. dziennie. Przypadki ograniczone cofają się samoistnie w okresie kilku lat, z pozostawieniem zmian barwikowych na skórze. Kol. Rothfeld zaznacza, że w przedstawionych przypadkach należy wziąć pod uwagę jamistość rdzenia i to ze względu na obecność upośledzenia siły motorycznej i zaniki mięśniowe. akrocjanozę i rozpoczęcie sprawy chorobowej w jednym z trzech przypadków od zaburzeń pęcherzowych. Stwierdzone u chorej znieczulenie w zakresie nerwu trójdzielnego należy również do typowych objawów syringomyelji.

5. Kol. Meisels wygłasza wykład: **O odmie otrzewnowej dla celów rozpoznawczych** z pokazami chorych i roentgenogramów. (Rzecz ukaże się w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

Kmietowicz, sekretarz.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu św. Ducha w Warszawie z dnia 22 maja 1921 r.

1. Prof. Radliński oznajmił o dokonaniu przezeń operacji **wycięcia śledziony w przypadku choroby Banti'ego**, przedstawionym przez kol. Wagnera na posiedzeniu poprzedniem. Chora zmarła w 24 godzin po operacji, najprawdopodobniej wskutek wstrząsu ogólnego, gdyż sekcja innej przyczyny zgonu nie wykazała.

W dyskusji dr. Chrostowski i prof. Sokołowski wspominali o wycinaniu śledziony w innych stanach chorobowych. Zdaniem prof. Sokołowskiego wycinanie śledziony przy zimnicy, zalecane w ostatnich czasach, nie ma dotąd jeszcze dostatecznego umotywowania.

2. Dr. Kołodziejski przedstawił młodego mężczyznę z kliniki chirurgicznej, którego przywieziono do szpitala z objawami **wstrząśnienia mózgu**. Nakłucie lędźwiowe wykazało domieszkę krwi w płynie mózgowo rdzeniowym. Po 3-ch dniach pobytu w szpitalu objawy wstrząśnienia mózgu zaczęły ustępować, a obecnie chory czuje się dobrze i nie może tylko mówić (*aphasia motoria*). Z innych objawów lekki Babiński z obu stron. W przypadku tym dr. Kołodziejski rozpoznaje uszkodzenie ruchowego ośrodka mowy w zwoju Broca wskutek urazu głowy ze strony przeciwnej (*par contre coup*).

W dyskusji Dr. Dąbrowski rozpoznaje w przypadku tym pęknięcie podstawy czaszki, wskutek czego w płynie mózgowo-rdzeniowym wystąpiła krew. Dr. Kopczyński nie zgadza się z tem przypuszczeniem, gdyż nie było krwawienia z nosa, uszu. Chory zdaniem dr. K, jest jeszcze w stanie ogólnego ogłuszenia. Z objawów ogniskowych jest tylko *aphasia motoria*, co przemawia za istnieniem wybroczyn krwawych wewnątrz istoty mózgowej zwoju Broca. Zdaniem dr. K. rokowanie w przypadku tym jest pomyślne.

Prof. Radliński wyjaśnia mechanizm tego urazu. Krew w płynie mózgowo-rdzeniowym pochodzi, zdaniem jego, z podpajęczynowego wylewu krwi.

3. Dr. Dąbrowski przedstawił chłopca z oddziału prof. Sokołowskiego z **jednostronnym naciekiem gruźliczym płuca** Chorego. **leczono za pomocą odmy sztucznej**, wprowadzając od 350 do 525 cm.³ azotu, w sumie około 3 litrów. Pod wpływem leczenia chory przestał gorączkować, zyskał na wadze i wogóle czuje się dobrze. Lepkość krwi z 5,7 wzrosła do 6.2; ciśnienie krwi z 70 podniosło się do 106. Obecnie nasuwa się pytanie, co robic z takim chorym.

W dyskusji prof. Sokołowski omawia wskazania do stosowania odmy sztucznej. Tylko ścisłe przestrzeganie wskazań Forlaniniego stosowania odmy w jednostronnych sprawach rozpadowych daje wyniki dobre. Stosowanie tego zabiegu w szerszych rozmiarach dyskredytuje jedynie samą metodę leczenia.

Co się tyczy danego przypadku, to, zdaniem prof. Sokołowskiego, w naszych warunkach najlepiej pozostawić chorego przez czas dłuższy w szpitalu wyznaczając mu jakieś lżejsze czynności pomocnicze przy chorych lub administracji szpitalnej. Wypisanie go ze szpitala i praca w dawnych warunkach niewątpliwie w krótkim czasie wyniki leczenia sprowadziłaby do stanu dawnego.

Dr. Chrostowski ze względu na trudności w wynajdywaniu zajęć dla chorych w szpitalu byłby za umieszczeniem chorego w Mieni. Prof. Sokołowski jest zdania, że tylko pozostawienie chorego w szpitalu dałoby mu gwarancję możliwości osiągnięcia jak najlepszych wyników pod okiem kompetentnych lekarzy, którzy w miarę potrzeby stosowane zabiegi mogliby powtarzać. Przy pobycie w Mieni chory byłby pozbawiony tych czynników.

4 Dr. Kohn przedstawił przypadek **charłactwa pochodzenia tarczycowego** po przebytem zapaleniu ropnem tarczycy (*thyreoiditis*), które doprowadziło do zupełnego zniszczenia tego gruczołu. Przypadek dotyczył chorej, która przed 4-ma miesiącami przebywała grypę, pozatem była zdrowa. Obok objawów obrzęku śluzowego chora ma objawy psychozy o charakterze utraty pamięci (*amentia*).

W dyskusji dr. Kopczyński podkreśla związek stanu psychicznego z zaburzeniami gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Radzi stosować preparaty tyreoidyny, które w tych przypadkach dają dobre wyniki. Prof Radliński jest zdania, że w przypadkach zupełnej utraty tarczycy podawanie preparatów

tego gruczołu przez usta nie wystarcza; dlatego też prof. R. ma zamiar dokonać zabiegu przeszczepienia tarczycy.

5. Dr. Zaorski przedstawił przypadek gruźlicy kątnicy u kobiety chorej na gruźlicę płuc. Chora była operowana, przyczem usunięto całą ślepą kiszkę i znaczny odcinek okrężnicy wstępującej (usunięte części dr. Z. przedstawia). Stan chorej po operacji dobry. Rana jeszcze nie zagojona.

J. Bełkowski, sekretarz.

Polskie Tow. Dermatologiczne. - Oddział lwowski.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 6 lipca 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 21.

Dr. Zofia Czeżowska przedstawia z kliniki chor. wewn. przypadek *dermatomyositis* u 18-letniej dziewczyny, która zachorowała nagle z wiosną 1920 wśród wysokiej gorączki, bólu głowy, ogólnego osłabienia. Rozległy, dość twardy, jędrny obrzęk zajmuje twarz, tułów i kończyny. Nadto na skórze twarzy, szyji i kończyn rumień, który ulega znacznym zmianom co do natężenia i umiejscowienia. Mięśnie naogół znacznie stwardniałe, przy ucisku bolesne. Przykurczenia w stawach łokciowych. W narządach wewnętrznych, w układzie nerwowym i w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem zmian nie znaleziono. Czynność serca stale przyśpieszona. Temperatura 37·2—37·6°.

Podawanie salicylatów bez wyraźnego skutku.

Dr. Leon Krzemicki przedstawia 2 mężczyzn ze zmianami, charakterystycznemi dla skóry górników, pracujących w kopalniach węgla. Zmiany te polegają na dostawaniu się i wrastaniu pyłu i drobnych odprysków węgla w skórę robotnika, który, pracując z obnażoną górną częścią ciała, jest narażony na liczne obrażenia, otarcia i skaleczenia.

Doc. Leszczyński przedstawia niezwykły przypadek kombinacji kiłaków z twardzielą. U chorej stwierdzono zupełny ubytek dolnej części nosa, ze znacznem zwężeniem otworów, duży naciek wargi górnej, a wśród nacieku owrzodzenie o cechach kilaka. Odczyn Wassermanna +++. Przy leczeniu przeciwkiłowem owrzodzenie ulega gojeniu, ale zwraca uwagę nadzwyczajna twardość nacieku. Badanie histologiczne wykazało twardziel (*rhinoscleroma*).

Dr. Schusterówna, przedstawiając preparaty histologiczne, omawia powyższy przypadek ze stanowiska anatomo-patologicznego.

Doc. Leszczyński przedstawia chorą ze zwykłą pęcherzycą, przechodzącą w pęcherzycę swędzącą. U chorej wszystkie pęcherze wypełnione treścią surowiczo krwawą. Dopiero po kilku tygodniach, gdy stan ogólny się poprawił, zaczęły się zjawiać pęcherze o czysto surowiczej treści. Pęcherze z grubą powłoczką rzadko pękały, a przeważnie przysychały. Na przedniej ścianie języka zjawiały się również pęcherzyki drobniutkie, krwawe. U chorej występują na twarzy, uszach i tułowiu w wielkiej ilości blade, drobniutkie guzeczki, opisywane dawniej jako milia, później jako torbiele naskórkowe; niezwykłem jest tak obfite pojawienie się tych przybłonkowych perełek i powstawanie ich w miejscach, gdzie poprzednio pęcherza nie było. Szczególną też cechą przypadku jest powstawanie pęcherzy w miejscach urazu.

Dr. Mierzecki wygłasza odczyt pt. „Choroby weneryczne a armje europejskie“. Mowca na podstawie urzędowych zestawień statystycznych sanitarnych władz wojskowych przedstawił rozwój chorobliwości wenerycznej armij europejskich minionego 50-lecia, uwydatniając ich wpływ na budżet i bitność armji. Przedstawił też szczegółowo poglądy na metody walki i przebieg samej walki z wenerycznemi chorobami podczas wojny światowej. Wykazał, że dotychczasowe metody walki z chorobami wenerycznemi dały bardzo nikłe wyniki; chorobowość wzrosła tak w armjach jak i wśród ludności, stąd potrzeba skierowania metody walki na nowe i skuteczniejsze tory.

W dyskusji przemawiają doc. Leszczyński, dr. Krzemicki, dr. Papée i dr. Andruszewski.

Zdzisław Kotiers, sekretarz.

Pierwszy Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich [1]).

W dniu 28., 29. i 30. stycznia r. b. odbyły się narady Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, zwołanego przez Związek miast polskich, w sprawach organizacji służby zdrowia w Państwie i stosunku Rządu do Samorządów, zwalczania chorób zakaźnych, w sprawie zaopatrzenia ludności w dobrą wodę do picia i kanalizacji, oraz popularyzacji zasad higjeny.

Po uroczystem otwarciu Zjazdu przez Wiceprezesa Zarządu Związku miast p. A. Śliwińskiego i po przemówieniach Prezesa Rady miejskiej p. Balińskiego i Prezydenta miasta p. Nowodworskiego, wygłosili powitania przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Rolnictwa i Dóbr Państw. oraz Komisarza Rządu.

Na Prezesa Zjazdu powołano byłego Ministra Zdrowia prof. T. Janiszewskiego (z Krakowa), na Wiceprezesów Dra Legieżyńskiego (ze Lwowa), Dra Boguckiego (z Warszawy), Dra Kozłowskiego (z Wilna), i Dra Surzyńskiego (z Poznania); na sekretarzy Dra Kacprzaka, Dra Burzyńskiego i Dra Trzebińskiego.

Ogółem w obradach Zjazdu wzięło udział 135 osób, a to: delegatów instytucyj lekarskich warszawskich 7, delegatów Ministerstw 14, przedstawicieli Magistratów 6, przedstawicieli Uniwersytetów 1, lekarzy miejskich sanitarnych 19, Komitet organizacyjny 13, referentów 8, przyjezdnych delegatów 47, gości 20. Co do składu osobistego delegatów przyjezdnych, to z nich 4 było działaczy sanitarnych, 6 burmistrzów, prezydentów i ławników, 4 naczelników wydziałów zdrowia, 5 lekarzy sejmikowych i 28 lekarzy miejskich sanitarnych.

Zjazd powziął cały szereg nadzwyczaj ważnych wniosków i uchwał, mających na celu podniesienie stanu zdrowotnego w kraju, które podajemy tu w skróceniu.

I. Najważniejszą sprawą, rozpatrywaną na Zjeździe, była organizacja służby zdrowia w Państwie i stosunek Rządu do samorządu. (Referenci Dr. Bogucki i Dr. Polak). Po wyczerpującej dyskusji postanowiono, że organy sanitarne rządowe winny współdziałać z organami samorządowemi, że stosunek władz centralnych do samorządów w sprawach zdrowotnych określa zasadnicza ustawa sanitarna, do której winny być wydane przez rząd, w porozumieniu z organami samorządowemi, szczegółowe ustawy określające dokładnie obowiązki i prawa samorządów; miasta winny być wydzielone z powiatów i województw, a lekarzom tych miast powinny przysługiwać prawa lekarzy powiatowych, względnie wojewódzkich.

Zarządzenia samorządów w sprawie zdrowia publicznego winny być prowadzone samodzielnie. Rządowi zaś przysługuje kontrola, która ujawnia się przedewszystkiem w skoordynowaniu akcji, oraz popieraniu jej pod względem materjalnym. Działalność samorządów winna dążyć do najszybszego zdrowotnego i oświatowego podniesienia gminy, kierując się w sprawach zdrowotnych przedewszystkiem „polityką zapobiegawczą“.

Ze względu na zły stan zdrowotny w Państwie polskiem i na konieczność skoordynowanie akcji sanitarnej we wszystkich dzielnicach, niezbędne jest utrzymanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

II. W sprawach zwalczania chorób zakaźnych (referenci Dr. Maleciński, Dr. Makowski) uchwalono, że samorządy powinny uważać za swój najpierwszy i najdonioślejszy obowiązek podniesienie zasadniczych warunków sanitarnych miast i na ten cel winny przeznaczać w swych budżetach znaczne fundusze; racjonalna walka z chorobami zakaźnemi winna polegać na stałej organizacji sanitarnej samorządowej, opartej na zasadach polityki zapobiegawczej, która jedynie może zabezpieczyć ludność przed szerzeniem się chorób zakaźnych; dalej wskazano konieczność tworzenia zakładów epidemjologicznych w miastach wojewódzkich; wskazano, że rząd powinien skierować wszelkie usiłowania na kresy wschodnie i że walka z chorobami zakaźnemi na kresach wschodnich winna być prowadzona przez miejscowe organizacje samorządowe, które należy jak najprędzej powołać do życia; w końcu Zjazd uchwalił, aby zwrócić uwagę samorządów i społeczeństwa na to, że walka z chorobami wenerycznemi, które grożą wyludnieniem kraju i zwyrodnieniem rasy, powinna być pod specjalną opieką zarówno władz państwowych, cywilnych i wojskowych, jakoteż i organów samorządowych.

III. Zaopatrywanie miast w dobrą wodę i kanalizację (referenci Dr. Gawłowski, prof. Bujwid, inż. Wędrowski, inż. Rutkowski) znalazło zrozumienie Zjazdu. Uchwały Zjazdu dotyczą niezbędnych zarządzeń, które mają wydać samorządy miejskie oraz organy państwowe celem polepszenia stanu wodnego. Postanowiono zebrać dane o stanie wodnym w kraju, opracować ogólny plan zaopatrywania osiedli w dobrą wodę, przeprowadzić badania epidemjologiczne w miejscowościach najwięcej zagrożonych epidemją z powodu złego stanu wodnego, uchwalono konieczność zorganizowania instytutu higjeny wodnej dla wszelkich spraw, związanych z higjeną wodną w kraju; krytykowano przepisy i ustawy, normujące sprawy wodne w kraju, i postanowiono, aby czynniki miarodajne rządowe poddały rewizji i uzupełniły ustawy i przepisy w tym względzie już wydane; podkreślono, że sprawa racjonalnego usuwania nieczystości i odpadków powinna być uważana za najpilniejszą potrzebę bieżącą miast i miasteczek; wreszcie postanowiono, że rząd winien stworzyć fundusz wodny w celu subsydjowania i wydawania pożyczek na urządzenia, zaopatrujące miasta i miasteczka w wodę, oraz, że rząd winien popierać wszelką akcję samorządów i społeczeństwa, mającą na celu tworzenie towarzystw budowy wodociągów i kanałów.

IV. W sprawie propagandy zasad higjeny (referenci Dr. Budzińska-Tylicka, Dr. Legieżyński) Zjazd uchwalił, że popularyzacja i propaganda higjeny jest jednym z najważniejszych środków pobudzenia społeczeństwa do współpracy z władzami komunalnemi i rządowemi w sprawach ogólno zdrowotnych, a w szczególności w walce z chorobami zakaźnemi, ze śmiertelnością dzieci, z alkoholizmem i chorobami wenerycznemi; Zjazd wzywa lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, by sprawę propagandy zasad higjeny wnieśli bezzwłocznie na porządek obrad w swych Magistratach i Radach miejskich, domagając się na ten cel odpowiednich funduszów; Zjazd uznał za niezbędne urządzenie stałych kursów uzupełniających dla lekarzy sanitarnych, oraz organizację szkół lub kursów dla personalu pomocniczego.

V. W sprawie repatrjacji Zjazd uchwalił:

1) Zważywszy, że sprawa repatrjacji dotychczas nie została uregulowana, że na etapach w Baranowiczach i Równem utworzyły się ogniska duru osutkowego, a w przyszłości grozi cholera; zważywszy, że polityka sanitarna Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu jest wadliwą, Zjazd uznaje, że Rząd winien zorganizować cały szereg punktów obserwacyjnych w pasie pogranicznym, powołując do współdziału miejscowe organizacje samorządowe. W celu bezzwłocznego przeprowadzenia tej akcji

[1]) Patrz Nr. 7. Polskiej Gazety lekarskiej.

niezbędnem jest zwołanie konferencji władz rządowych z udziałem Komitetu Wykonawczego Zjazdu.

2) Po zapoznaniu się z uchwałą Rady miejskiej m. st. Warszawy w sprawie rozporządzenia Komisarza Rządu do walki z epidemjami, dotyczącego między innemi odpowiedzialności karnej władz samorządowych, Zjazd, solidaryzując się całkowicie z wymienioną uchwałą, wyraża samorządowi m. st. Warszawy uznanie i podziękowanie za energiczną obronę powagi samorządowych władz sanitarnych.

VI. W sprawie statystyki (referenci Dr. Ciągliński i Dr. Heflich) Zjazd uchwalił kilka wniosków praktycznych.

W końcu Zjazd uchwalił powołać stały Komitet Wykonawczy (przy biurze Zarządu Związku miast) w celu:

a) dopilnowania i wykonania uchwał Zjazdu, b) wydawania Zarządowi Związku miast opinji w sprawie przygotowujących się, względnie wnoszonych do Sejmu projektów ustaw, tyczących bezpośrednio lub pośrednio spraw zdrowotnych, c) organizowanie Zjazdów.

Komitet wykonawczy stanowią:

(Z Warszawy) Dr. Bogucki, Dr. Budzińska-Tylicka, Dr. Kowalski, Dr. Gawłowski, Dr. Polak, Dr. Rychliński i Dyrektor biura Związku miast, (z Krakowa) Dr. Janiszewski, (ze Lwowa) Dr. Legieżyński, (z Poznania) Dr. Surzyński, (z Wilna) Dr. Kozłowski, (z Białegostoku) Dr. Ostromęcki, (z Włocławka) Dr. Burzyński, (z Kresów wschodnich) Dr. Makowski.

Komitetowi przysługuje prawo kooptacji.

Dr. W. Gawłowski.

Medycyna społeczna.

Dr. A. Kuhn. Lwów.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Artykuł dr. N. Milgroma pod powyższym tytułem, umieszczony w Nr. 9. Polskiej Gazety lekarskiej, zmusza nas do spojrzenia »prosto w oczy« trudnościom, które napotykamy przy zwalczaniu epidemji na prowincji.

Kol. M. podnosi małą liczbę szpitali epidemicznych, względnie niedostateczną ich ruchomość, nieodpowiedni sposób przewożenia chorych, wreszcie nienależytą opiekę pielęgniarską w szpitalach epidemicznych. Przyznajemy mu słuszność i moglibyśmy wymienić dalsze niedomagania. Przy najlepszych chęciach Rządu, przy olbrzymim nakładzie pracy i kosztów ze strony Nacz. Nadzw. Komisarjatu do spraw walki z epidemjami w wielu kierunkach nie działo się i nie dzieje tak, jakbyśmy pragnęli.

Szpitale epidemiczne N. N. Komisarjatu urządzano w budynkach zazwyczaj rekwirowanych, dworskich, szkolnych, wojskowych, klasztornych itp. Właściciele z reguły odczuwali takie zarządzenia jako naruszenie swoich interesów i często czynili energiczne starania celem odzyskania budynków, czemu nie można się dziwić wobec istniejącego braku pomieszczeń wskutek zniszczeń wojennych; toteż nieraz władze sanitarne musiały w chwilach najnieodpowiedniejszych zwijać szpitale lub też je przenosić. Ile stąd wynikało przykrości dla kolegów kierowników szpitali epid., ile trudności, pracy i kosztu dla N. N. Komisarjatu, ten tylko może wiedzieć, kto na te sprawy z bliska patrzył lub w nich brał udział czynny. Na dobitek należy dodać, że budynki powyższe trzeba było, zazwyczaj znacznym kosztem, adaptować do celów szpitalnych, i że, pomimo to, z nielicznemi wyjątkami, nie uzyskiwano pomieszczeń, odpowiadających wpełni celom szpitali epid. Do tych nielicznych wyjątków należały szpitale epid. pomieszczone w budynkach szpitali powszechnych, które nadto dawały i tę korzyść, że z nich nie rugowano N. N. Komisarjatu.

Liczba szpitali epid. była w pewnych chwilach niewystarczająca, nie tyle ze względu na ilość chorych, ile ze względu na rozległość okręgów, z których szpitale miały się zapełniać. I tu dotykamy kwestji przewozu chorych. Przed około 2 laty postawiono zasadę, że chorzy mają być przewożeni samochodami sanitarnemi, dla skrócenia czasu jazdy chorym i dla możności przewiezienia większej liczby chorych w tymsamym czasie. W r. 1920 i 1921 kilkanaście samochodów ambulansowych N. N. Komisarjatu było w ruchu na terenie Małopolski wschodniej. Przekonano się jednak, że drogi nasze przez przeważną część roku nie nadają się do ruchu samochodowego, wozy poczęły się psuć, a ruch samochodowy stawał się coraz kosztowniejszym, i wreszcie, o ile wiem, obecnie prawie zupełnie wycofano samochody i powrócono do przewożenia chorych naszemi zwykłemi wiejskiemi wozami. Przewóz taki trwa godzinami i może przynieść choremu nieobliczalne szkody, szczególniej w chłodnej porze roku, po złych drogach, tem więcej, gdy odbywa się w późniejszym okresie choroby, kiedy serce chorego jest nadwerężone. Słusznie kol. M. podnosi, że nie mamy prawa, nawet w interesie dobra publicznego, narażać jednostki na szkodę, za wyjątkiem chyba czasu wielkich katastrof, czy wielkich przejść dziejowych, jakiem np. jest wojna.

Prawdziwą Golgotę przechodzili koledzy kierownicy szpitali epid. w stosunku do personalu szpitalnego obojga płci, służby pielęgniarskiej i służby niższej, z powodu niedostatecznego przygotowania tejże, braku obowiązkowości (obok wielkich pretensji), kłótliwości i skłonności do intryg, przywłaszczania sobie przedmiotów należących do inwentarza szpitalnego, niekiedy nawet zawikłań miłosnych. Te właściwości personalu szpitalnego i pozostające z niemi w związku częste zmiany wśród służby szpitalnej zatruwały życie kierowników szpitali epid. Nie twierdzę, że tak było powszechnie, przeciwnie uznaję, że pośród tego personalu były jednostki bardzo pracowite i prawe, ale przecież wątpię, czy znalazłby się choć jeden kierownik lub były kierownik szpitala epid., któryby nie miał kłopotów, o jakich mowa.

Otóż dwie są sprawy w organizacji walki z epidemjami, prowadzonej przez N. N. Komisarjat, które wołają głośno o poprawę: typ szpitali epidemicznych i służba szpitalna.

Szpitale powinny być łatwo przenośne, aby je łatwo i szybko można ustawić tam, gdzie są w danej chwili potrzebne, i niezbyt wielkie, gdyż okazało się, że szpitale wielkie (na 150 do 250 łóżek) nigdy nie były zapełnione, a najczęściej były obłożone tylko w $^1/_3$ lub $^1/_4$ części; szpitale muszą być tak skonstruowane, aby w miarę potrzeby można je szybko i bez większych trudności powiększać lub zmniejszać.

Służba (szpitalna i kolumnowa) dla walki z epidemjami musi być zwolna wyszkoloną; należy jej zapewnić byt dostatni i odpowiednie stanowisko w społeczeństwie, przezco udałoby się zapewne wciągnąć do zawodu sfery inteligentne. Posady powinny być stałe, jako kadry personalu jednostek szpitalnych, w miarę potrzeby stwarzanych.

W artykule p. t. »Stan współczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicji«, napisanym w sierpniu 1918 r., a ogłoszonym w Nr. 9—13. Przeglądu Lekarskiego z r. 1919., przedstawiłem plan organizacji walki z epidemjami, który reprodukuję częściowo, ze zmianami wynikającemi ze zmian stosunków i z doświadczeń lat ostatnich. Proponowałem tam: 1. stworzenie stacyj pogotowia epidemicznego, 2. wykształcenie i zorganizowanie służby sanitarnej przeciwepidemicznej, 3. zorganizowanie ruchomych kolumn sanitarnych, 4. opracowanie planu budowy i urządzenia przenośnego barakowego szpitala epid., odpowiadającego naszemu klimatowi.

Stacje pogotowia epidemicznego powinny być utworzone w większych centrach kresowych, jak np. Lwów, Wilno, ewentualnie Brześć Litewski. Stacja stanowiłaby kompleks domów mieszkalnych i magazynów i musiałaby mieć połączenie szynami z dworcem kolejowym tudzież telefonem z Warszawą i Urzędami zdrowia przynależnych Województw. Kierownik stacji, którym byłby lekarz państwowy, urzędnicy, pomocnicy i robotnicy pogotowia mieszkaliby w obrębie stacji. Potrzebneby tu były następujące budynki, urządzenia i przedmioty: a) mieszkanie dyrektora i urzędników (zastępca dyrektora, magazynier, aptekarz, mechanik); b) mieszkanie służby sanitarnej (pielęgniarskiej i dezynfektorskiej); c) mieszkanie robotników (warsztatowych, magazynowych i placowych); d) warsztaty (stolarski, ślusarski, mechaniczny); e) magazyny (jako składy baraków szpitalnych, mieszkalnych, gospodarczych, kąpielowych, sprzętów, przenośnych laboratorjów bakterjologicznych, pościeli, bielizny, ubrań, przyborów szpitalnych, leków, środków i aparatów dezynfekcyjnych, aparatów tuszowych, aparatów do wyjaławiania wody, samochodów ciężarowych i ambulansowych); f) pralnię i prasowalnię; g) wozy kolejowe towarowe, otwarte i kryte.

Działalność stacji przedstawiam sobie następująco: skoro nadejdzie do Województwa wiadomość o epidemicznem wy-

stąpieniu jakiejś groźnej choroby zakaźnej w miejscowości, gdzie niema warunków do należytego urządzenia walki przeciw epidemji, Woj. Urząd zdrowia daje polecenie wysłania stosownego urządzenia na miejsce, a kierownik stacji wysyła urządzenie to, załadowane natychmiast, z potrzebnym personalem, na miejsce wskazane, tak że ono po upływie 24 godzin po otrzymaniu polecenia może już być w drodze. Na miejscu ustawia się baraki, urządza je, personal stacji wchodzi w kontakt z czynnikami miejscowemi, dokonuje przeniesienia chorych do szpitala i obejmuje opiekę nad chorymi i nad ludnością miejscowości. Wybierając miejsce pod baraki uwzględnić należy łatwość komunikacji samochodowej z najbliższą stacją kolejową, tudzież ewentualną potrzebę rozszerzenia szpitala przez dostawienie dalszych baraków. W takich warunkach przewóz chorych będzie się odbywał na małych tylko przestrzeniach, z jednej lub kilku gmin sąsiadujących ze sobą, a stanowiących kompleks gmin zakażonych.

Nie przesądzam, czy rzecz ta da się przeprowadzić w obecnych stosunkach, nie dlatego także zabieram głos, abym uważał swój wniosek za idealne rozwiązanie kwestji (szczególnie ze względu na duże koszty urządzenia stacyj pogotowia i prowadzenia ich, nawet w czasie wolnym od epidemji); celem moim jest sprowokować szerszą dyskusję na temat zwalczania epidemij na prowincji, dyskusję, do której obecnie, po dwuletniej pracy N. N. Komisarjatu w Polsce, wielu Kolegów jest powołanych, a przedewszystkiem kierownicy i byli kierownicy szpitali epid. N. N. K.

Na koniec chcę jeszcze podkreślić, że za bardzo ważne (i bardzo trudne) uważam stworzenie typu baraku szpitalnego, o jakim wyżej mowa pod 4. W tej sprawie musieliby zabrać głos wspólnie z lekarzami PP. technicy, a Ministerstwo zdrowia publ., czy Nacz. Nadzw. Komisarjat, mogłyby rozpisać nagrody konkursowe za najlepsze rozwiązanie problemu.

Państwowa Rada wychowania fizycznego.

Państwowa Rada wychowania fizycznego i kultury cielesnej, utworzona przed rokiem przy Ministerstwie zdrowia, odbyła pierwsze tegoroczne posiedzenie w Warszawie d. 25 lutego 1921. W zastępstwie Ministra zdrowia, który w sprawach urzędowych musiał wyjechać na Pomorze, przewodniczyli posiedzeniu Dyrektorowie depart. Min. zdr., dr. Adamski i dr. Trenkner. Oprócz przedstawicieli Ministerstwa zdrowia byli na posiedzeniu obecni z ramienia Ministerstwa spraw wojskowych generał Jacyna, pułkownik dr. Kukiel, podpułk. dr. Osmólski (szef wydziału wychowania fizycznego Min. spr. wojsk.), z ramienia Ministerstwa oświecenia dr. Wł. Światopełk-Zawadzki, dalej m. i. z Poznania prof. dr. Piasecki i major Sikorski (komendant wyższej szkoły wojsk. wychowania fiz.), z Krakowa prof. dr. Ciechanowski i prof. Zygmunt Wyrobek, ze Lwowa prof. dr. Panek, prof. dr. Gröer, dr. Hojnacki, dr. Wyrzykowski, dr. Biega (prezes Związku sokolego), z Warszawy dr. Sosnowski (dyrektor studjum pedagogicznego) oraz przedstawiciele Związków sportowych z dr. Orłowiczem i dr. Garczyńskim na czele, Związku harcerstwa polskiego (p. Sedlaczek) i i.

Prawie całe posiedzenie zajęły obrady nad projektem ustawy o wychowaniu fizycznem i przysposobieniu wojskowem. Rada wychowania fizycznego, uznając ustawę za odpowiednią, przedstawiła szereg uwag co do szczegółowych postanowień ustawy i uchwaliła prosić Ministerstwo o przygotowanie projektów ustaw uzupełniających.

Sprawę reorganizacji Rady wychowania fizycznego odłożono na następne posiedzenie. Przyjęto sprawozdanie komisji redakcyjnej, która zajmowała się opracowaniem dawniejszych uchwał Rady, oraz sprawozdanie komisji wydawniczej, która ustaliła program wydawnictwa koniecznych podręczników. Wreszcie załatwiono sprawę słownictwa gimnastycznego i rozpatrywano postulaty związków sportowych.

Sprawy zawodowe.

W sprawie Izb lekarskich.

W sprawie Izb lekarskich odbyło się 26. lutego 1922 w Warszawie pod przewodnictwem Ministra zdrowia dr. Chodźki posiedzenie z udziałem przedstawicieli Izb lekarskich, wszystkich zawodowych związków i stowarzyszeń lekarskich oraz dyrektorów wojewódzkich Urzędów zdrowia z całego Państwa. Obrady miały dostarczyć substratu do niektórych ważnych punktów rozporządzenia wykonawczego do uchwalonej przez Sejm ustawy o Izbach lekarskich. Przewodniczący, podkreśliwszy w zagajeniu doniosłość tej ustawy, wyraził podziękowanie posłowi dr. Rottermundowi, przewodniczącemu sejmowej komisji sanitarnej, którego zasługą jest przeprowadzenie ustawy przez Sejm. Obrady dotyczyły podziału terytorjalnego Izb, których będzie zrazu prawdopodobnie 8 (z czasem w miarę przyrostu liczby lekarzy, powstaną Izby w każdem województwie), systemu wyborczego do Izb i kilku drobniejszych szczegółów.

W sprawie wzajemności praktyki lekarskiej między Czechami a Polską stanęło Ministerstwo zdrowia publ. podobno na tem stanowisku, że wzajemność ta byłaby dopuszczalna tylko co do praktyki w zdrojowiskach. (Takie samo stanowisko zajmuje ogół lekarzy w Polsce).

Stowarzyszenie Lekarzy polskich w Warszawie.

Nadzwyczajne ogólne zebranie w dniu 27. stycznia 1922.

Na zebraniu powzięto następujące uchwały:

1. Przedewszystkiem zobowiązano członków Stowarzyszenia do prenumerowania „Polskiej Gazety Lekarskiej" na rok bieżący, jako organu Stowarzyszenia.

2. Żywą dyskusję wywołał projekt **Umowy między Czechosłowacją a Polską w przedmiocie wzajemnego dopuszczania lekarzy do wykonywania praktyki lekarskiej.** Projekt ten został przesłany przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego do rozważenia i przedstawienia wniosków. Wobec uchwalonej przez Sejm i obowiązującej „Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem", Stowarzyszenie stanęło na gruncie bezwzględnego uzgodnienia umowy z powyższą ustawą, z czego wynika, że lekarze obcokrajowi nie mogą być dopuszczeni do praktyki ogólnej i specjalnej, jedynie powołani na katedry profesorowie mogą z tego prawa korzystać, oraz lekarze zdrojowi i pograniczni, i to na zasadach wzajemności.

3. W wykonaniu uchwały konferencji przedstawicieli zrzeszeń lekarskich z całej Polski w roku 1918 w **sprawie organizacji stanu lekarskiego** na podstawie pracy społeczno-lekarskiej, zawodowej i narodowej, na wniosek Zarządu Stowarzyszenie postanowiło przystąpić do prac przygotowawczych w tym kierunku.

4. Wychodząc z założenia, że stowarzyszeni powinni tworzyć dość ścisły zespół, w którym nietylko celowa praca, wymiana myśli i wspólność dążeń powinny tworzyć podstawę łączności, ale i wzajemny szacunek, ocena pracy, koleżeńskich zalet i uznanie powinny się składać na spójnię koleżeńską, nietylko za życia, ale i z chwilą śmierci danego członka, Zarząd postawił wniosek: 1) aby kol. Archiwista miał obowiązek na najbliższych posiedzeniach ogólnych przedstawiać życiorysy zmarłych członków i te życiorysy składać w archiwum, 2) oraz aby tenże kol. Archiwista miał pieczę i staranie co do portretów zasłużonych członków Stowarzyszenia, których wizerunki Zarząd czy Ogólne Zebranie uchwali umieścić w siedzibie Stowarzyszenia. Wnioski jednomyślnie przyjęto. Zarząd zawiadomił zebranie, że postanowił w sali posiedzeń umieścić portret ś. p. Dra Lasockiego, członka honorowego Stowarzyszenia, zasłużonego obywatela i syna Ojczyzny, oraz dobroczyńcy Stowarzyszenia. Zebranie uczciło Jego pamięć przez powstanie.

5. Zarząd zakomunikował, że Stowarzyszenie otrzymało podziękowanie za udział w 100-letnim jubileuszu Tow. Lekarskiego Warszawskiego, oraz, że w szeregu licznych dowodów wdzięczności za serdeczne przyjęcie lekarzy francuskich podczas Zjazdu we wrześniu roku zeszłego nadeszło podziękowanie od Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Lugdunie.

6. Na podstawie Ustawy o poborze daniny Zarząd dał wyjaśnienia członkom w zakresie poboru tejże daniny od lekarzy.

7. Na wniosek Zarządu zebranie uchwaliło wysokość składki członkowskiej podnieść do 3.000 Mk. rocznie.

† ŚP. DR. MARJAN KONWERSKI.

Z Baranowicz nadeszła w ostatnich dniach smutna wieść o śmierci Dra Marjana Konwerskiego, sanitarnego kierownika obozu w Baranowiczach.

Do tylu ofiar, które tam kraj poniósł przybywa strata dzielnego, prawdziwie ideowego człowieka. Zaraziwszy się durem osutkowym, zginął na posterunku w walce z epidemją, przed której wtargnięciem osłaniał nasz kraj na tem najcięższem dziś może stanowisku.

Sp. Marjan Konwerski liczył w dniu śmierci lat 35. Był wychowankiem Jagiellońskiego Uniwersytetu, który ukończył bezpośrednio przed wojną, a z Uniwersytetu wyniósł nietylko wiedzę lekarską, ale i umiłowanie swego zawodu.

Od początku istnienia kolumn sanitarnych Komitetu książęco biskupiego pracował Dr. Konwerski na czele II. kolumny nieraz w bardzo ciężkich warunkach i wraz z grupą szpitali epidemicznych K. B. K. przeszedł w służbę Rządu polskiego, pełniąc, prócz kierownictwa grupy szpitali epidemicznych, obowiązki inspektora sanitarnego z ramienia Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu dla 10 powiatów.

Kiedy w początku zeszłego roku trzeba było otworzyć wielką stację repatrjacyjną w Baranowiczach, w której mieścić się musiał z natury rzeczy pierwszorzędnej wagi punkt sanitarny, poruczył mu N. N. K. sanitarne kierownictwo tej placówki.

Tego zaufania śp. Dr. Konwerski nie zawiódł. Szereg zagranicznych misyj, zwłaszcza delegacja Ligi narodów, które zwiedzały Baranowicze, wydały w zeszłym roku o organizacji sanitarnej N. N. K. jak najchlubniejsze świadectwo.

Ile tam śp. Konwerski włożył pracy, ile jego sił i energji w tę akcję weszło, wiedzą ci, którzy Go na terenie pracy wi-

dywali. Jeżeli w ostatnich czasach okazały się braki w pomieszczeniu chorych, jeżeli stan zdrowotny uchodźców był gorszy, niżbyśmy wszyscy pragnęli, to nie śp. Konwerskiego była to wina.

W naszym kraju, gdzie jeszcze organizacja Państwa nie dojrzała, obwinia się często ludzi najlepszej woli i najlepszych uzdolnień wtedy, gdy wina za niezborność w pracy i niedomagania akcji, leży w centralnych władzach.

To też nie jedną gorzką chwilę zgotowano śp. Konwerskiemu w ostatnich czasach Jego życia; a kto znał właściwości charakteru śp. Konwerskiego, musi mieć poczucie, że Mu wyrządzono krzywdę.

Mimo to, walcząc lat siedm twardo i wytrwale z epidemją i ludźmi, którzy Mu w pracy przeszkadzali, nie ustąpił do śmierci. Zaraza, którą zwalczał, zabrała nam to młode, tyle dla Polski obiecujące życie.

Jako profesor śp. Marjana Konwerskiego, na którego rozwój młodzieńczy w Uniwersytecie naszym przez 6 lat patrzyłem, jako Jego zwierzchnik w siedmioletniej działalności sanitarnej, w której wszystkie Swe siły, cały wielki organizacyjny dar poświęcił dla osłony kraju przed inwazją zarazy, mogę powiedzieć, że nasza stara Jagielońska szkoła może być dumna, że takiego wychowała obywatela Polski. Był chlubą Komitetu książęco biskupiego przez cały ciąg jego pracy, a potem Nacz. Nadzwycz. Komisarjatu.

Jego życie czyste, owiane miłością Ojczyzny, dobrocią dla ludzi i umiłowaniem zawodu lekarskiego, Jego śmierć na posterunku w obronie kraju, budzą wspomnienia prawdziwej czci dla jego pamięci. *Prof. Dr. E. Godlewski.*

Wiadomości bieżące.

P. Masson, nakładca dzieł i czasopism lekarskich w Paryżu, który już w obu latach ostatnich ofiarnością swoją umożliwił lekarzom polskim korzystanie z czasopism za niezmiernie niską cenę, gotów jest obecnie dostarczyć tym lekarzom, którzy są członkami francusko polskiego Towarzystwa lekarskiego, dzieł, wymienionych w katalogu ze stycznia 1922, licząc jeden frank po 175 marek. Zamówienia należy przesyłać wyłącznie pod adresem: *„M. le Directeur du service de santé de la Mission Militaire française“*, Hotel Polonia w Warszawie, składając równocześnie należytość wprost do Banku zachodniego (*Banque de l'ouest*) w Warszawie na rachunek *MM. Masson & Cie de Paris.* Wobec chwiejności waluty są to warunki tylko tymczasowe, obowiązujące tylko do 1 kwietnia 1922, poczem mogą uledz zmianie, dotyczą zaś wyłącznie dzieł, wydanych przez księgarnię Masson & Cie.

Lwów.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji. Rada zawiadowcza Towarzystwa na szeregu posiedzeń, które odbywa co tygodnia, powzięła liczne uchwały, które dla Towarzystwa mają znaczenie. I tak w ogólnych zarysach opracowano projekt reorganizacji dotychczasowych sekcyj, odpowiednio do wymagań chwili, która to sprawa przedłożona będzie Walnemu Zgromadzeniu do ostatecznego przyjęcia W celu zachęcenia poszczególnych sekcyj do energiczniejszej czynności postanowiono urządzać na prowincji odczyty i wysyłać specjalnych prelegentów, a nawet kilku równocześnie, do miast prowincjonalnych.

Szczególną opieką otacza Rada zawiadowcza majątek Towarzystwa Morszyn, a dotychczasowe poczynania budzą pełną nadzieję, że sprawa ta już w niedalekiej przyszłości ułoży się dla Towarzystwa nadzwyczaj korzystnie. Wydzierżawienie Zakładu zdrojowego spółce „Polskie Zdroje“ było pierwszym krokiem na tej drodze. Spółka ta bowiem przystąpiła kosztem wielomiljonowym do eksploatacji soli morszyńskiej, która w najbliższych dniach już ukaże się w handlu, jako produkt przewyższający jakością i taniością podobne środki zagraniczne. Zagwarantowany kontraktem dzierżawy znaczny procent od eksploatowanej soli przyniesie Towarzystwu dochód, który pozwoli na znaczne zwiększenie pensyj i zapomóg dla wdów i sierót po zmarłych członkach Towarzystwa. Podobnie rzecz się ma i z wodą morszyńską, którą wspomniana Spółka wnet zacznie wysyłać w handel. Sprawa rozbudowy zakładu zdrojowego w Morszynie jest na najlepszej drodze a Spółka „Polskie Zdroje“ już od 1-go maja b. r. ma zamiar otworzyć zakład urządzony z komfortem dla inteligencji z higieniczną kuchnią pod nadzorem fachowego lekarza.

Ponieważ dzierżawcy dotychczasowemu folwarku w Morszynie kończy się dzierżawa z końcem marca 1923 roku, postanowiła Rada zawiadowcza już z wiosną b. r. rozpisać konkurs na nową dzierżawę i to pod warunkami, jakich obecne stosunki wymagają.

Danina państwowa, wyznaczona na dobra Morszyn w wysokości 601.000 Mkp., musiałaby bardzo dotkliwie dać się odczuć Towarzystwu w spełnieniu jego celów. To też Rada zawiadowcza, po zasięgnięciu informacji u miarodajnych czynników, poczyniła bardzo energiczne starania, aby Towarzystwo mogło być zwolnione od daniny, a przynajmniej, by wysokość tejże została znacznie obniżona. Jest nadzieja, że starania Rady zawiadowczej odniosą pożądany skutek.

Sprawa przymusowej parcelacji Morszyna, która groziła poprostu zubożeniem Towarzystwa, została pomyślnie załatwiona dzięki osobistym staraniem Prezesa Towarzystwa, który nie szczędził trudu i czasu, aby brać udział w komisjach w tym celu zwołanych do Morszyna przez Państwowy Urząd ziemski. Dzięki tej zapobiegliwości parcelacja Morszyna została wstrzymana.

Również staraniom Prezesa należy zawdzięczać, że sprawa zamierzonego wyrębu lasu w Morszynie na cele odbudowy kraju nie została urzeczywistniona.

IX. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 10 marc o godz. 6 w Poliklinice, ul. Lindego. Pokazy 1) przypadków z kliniki dziecięcej i położniczej. Wykłady: 2) kol. Bocheński: „O poronieniu ze stanowiska społecznego“. 3) kol. Stenzel: O błędach akuszerek“.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Posiedzenie naukowe Związku lekarzy dentystów lwowskich odbędzie się dnia 4. i 11. marca br. o godz. 7 1/2 w Sali wykładowej Instytutu dentystycznego U. J. K., ul. Zielona 5 a. I p. Na porządku dziennym odczyty docenta Dra Z. Steusiga: 1. O odporności i jadach bakteryjnych, jako wstęp do leczenia szczepionkami. 2. O szczepionkach i zastosowaniu ich w stomatologji. Prof. Dr. *Cieszyński*, przewodniczący, Dr. *Allerhand*, w zast. sekr.

Warszawa.

Odezwa od Stowarzyszenia lekarzy polskich. Świat lekarski nie może obojętnie na to patrzeć, aby młodsza brać lekarska, studenci, zdobywając wiedzę w wyższej uczelni i wyrobienie społeczne w swoich organizacjach, cierpiała niedostatek materjalny, a, co zatem idzie, pracowała w atmosferze moralnego przygnębienia i rozgoryczenia. Myśmy dbać o to powinni, aby nasi następcy, którzy zajmą nasze placówki, byli to ludzie, godni miana szlachetnego, należycie przygotowanego zawodowca i dzielnego obywatela kraju, Wprawdzie często walka z przeciwnościami i samopomoc potęguje charaktery, z drugiej znów strony walka o zdobycie choćby skromnego dziś utrzymania musi dużo pochłaniać i sił i czasu, co nie może przecież sprzyjać ani dokładności, ani pogłębieniu studjów, ani rzetelnemu udziałowi w organizacjach studenckich, tych szkołach obywatelskości. Zwrócić też należy uwagę i na to, że studja w dzisiejszych czasach pociągają za sobą poważne koszty ze względu na drożyznę podręczników i pomocy naukowych.

Wszystkie te względy aż nadto wyraźnie wskazują nam drogę postępowania. Przyjść z pomocą naszym młodszym kolegom jest to obowiązek zawodowy i społeczny. Nie będzie to ofiara, ale akt samopomocy zawodowej między starszymi a młodszymi braćmi, będzie to tylko pożyczka, którą znów nasi następcy oddadzą swoim następcom i stąd wytworzy się ciągłość samopomocy, a cele zawsze się znajdą; nawet przy najlepszym dobrobycie współobywateli wszak znajdą się jednostki w trudnem położeniu materjalnem, czy to wskutek warunków familijnych, czy wypadków losu a wreszcie i organizacje studenckie zawsze będą miały cele godne poparcia. Jeszcze raz powtarzamy, nie jest to ofiara, ale akt samopomocy zawodowej, my tylko mamy ten zaszczyt, że od nas ta akcja się rozpoczyna. Każdy więc lekarz, czyto w mieście, czy na powiecie, powinien się obłożyć nie jednorazową, ale coroczną daniną na cel powyższy. Możnaby zgodnie z propozycją samej młodzieży uniwersyteckiej przyjąć jako normę 2% od daniny państwowej w tym roku, a w latach następnych odpowiedni ekwiwalent. Organizacje zawodowe tych dzielnic, które posiadają uniwersytety, powinny wyłonić komitety, któreby się zajęły przy pomocy słuchaczów regestracją lekarzy, zebraniem od nich deklaracyj, oraz sum, a te w porozumieniu z organizacjami studenckiemi przekazały na właściwe cele. Sądzimy, że Lwów, Kraków, Poznań, Wilno i Warszawa są powołane do zajęcia się tą sprawą. Warszawa obejmie ziemie dawnej Kongresówki i w tym celu wyłoniła komisję braterską złożoną z kolegów Ad. Przyborowskiego, E. Olińskiego i F. Bełtowskiego. Komisja ta, pod nazwą „do spraw studenckich przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie“ (Widok 23) obejmie wszystkie kwestje i porozumienia związane z tą sprawą.

Viribus unitis budujmy przyszłość naszego stanu lekarskiego. *Zarząd.*

Ze świata.

Targ Lugduński. W czasie od 1-go do 10-go marca r. b. otwarta będzie w Lugdunie (Lyonie) wiosenna wystawa Targu Lugduńskiego, obejmująca m. i. przyrządy chirurgiczne, do badań bakterjologicznych i materjały opatrunkowe, aparaty i przyrządy fotograficzne i kinematograficzne. Bliższych informacyj o wystawach, zwiedzaniu i uczestnictwie w Targu Lugduńskim udziela Izba Handlowa Polsko-Francuska, Warszawa, Szkolna 10

W Nr. 6 w artykule dra Justmana w szpalcie pierwszej we wierszu czwartym od góry zamiast „umożliwia“ ma być „uniemożliwia“, w szpalcie drugiej we wierszu 39-tym od góry zamiast 815 ma być 39.5.

Instytut Praktycznej Psychologji.

Powstał w Polsce pierwszy „Instytut Praktycznej Psychologji", urządzony na wzór zagraniczny, a mający na celu zwiększenie sprawności, jakoteż wydajności pracy, oraz zastosowanie psychotechniki w przemyśle i handlu. Do sfinansowania Instytutu w znacznej mierze przyczynił się Polski Bank Handlowy. Kierownikiem Instytutu jest Dr. Kazimierz Radwan Pragłowski. Do Zarządu należy Dyrektor Banku p. Piotr Zawadowicz. Prezesem Rady Nadzorczej jest Dyrektor Banku p. Antoni Doerman. Do komisji naukowej należą prof. uniw. Dr. med. Paweł Gantkowski, prof. uniw. Dr. fil. Stefan Błachowski, prof. uniw. Dr. fil. Florjan Zaniecki i p. Nicefor Perzyński, Naczelnik Wydziału Oświaty Pozaszkolnej.

KONKURS.

Wydział Powiatowy w Makowie nad Orzycem, województwa Warszawskiego, ogłasza konkurs na wolne posady:

1) lekarza prymarjusza w szpitalu powiatowym w Makowie z poborami urzędnika państwowego VI stopnia i 20% do tychże dodatkiem komunalnym, lekarz ten ewentualnie mógłby nadto zająć posadę lekarza gimnazjum komunalnego w Makowie z poborami według IX stopnia urzędnika państwowego;

2) lekarza szpitala w osadzie Krasnosielc z poborami ryczałtowo 15.000·— miesięcznie.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad winni wykazać: a) że są obywatelami Państwa Polskiego, b) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, c) nieposzlakowaną przeszłość — przy dołączeniu curriculum vitae. Ponadto: d) dla lekarza prymarjusza, że posiada dostateczne wszechstronne wykształcenie lekarskie — a przedewszystkiem w dziale chirurgji i położnictwa, oraz znajomość administracji szpitalnej.

Lekarz prymarjusz będzie obowiązany do udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej w szpitalu komunalnym i ambulatorjum, administrowania szpitalem (przy pomocy intendenta) i załatwiania spraw tyczących się szpitalnictwa powiatowego związku komunalnego.

Lekarz w Krasnosielcu będzie mógł zajmować się praktyką prywatną.

Oferty wraz z curriculum vitae i odpisami świadectw należy nadsyłać do Wydziału Powiatowego w **terminie do dnia 20 marca 1922 r.**

Starosta: (—) **St. Boguszewski.**